

Plan de Salud 2013



Dirección de Salud

Índice

Contenido	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
A. ANTECEDENTES	8
RESEÑA HISTORICA.....	9
ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DE SANTIAGO	10
CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL	12
LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, SEPTIEMBRE DE 2012.....	15
TENDENCIA POBLACIÓN INSCRITA	17
B. DIAGNÓSTICO SITUACIÓN COMUNAL	18
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA COMUNA DE SANTIAGO.....	19
1. Características demográficas.....	20
2. Movimientos poblacionales	23
3. Nivel Educacional.....	25
4. Situación laboral	26
5. Acceso a las comunicaciones.....	27
6. Condición de pobreza	27
7. Sistema Previsional de Salud	28
8. Condicionantes de Salud	29
Figura 23: Razones de la NO realización del PAP. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.	31
8.3 Atención dental	31
8.4 Controles de salud	32
SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL.....	33
1. Indicadores de salud, Red APS Municipal. Junio de 2012	36
2. Análisis de Demanda.....	74
3. Análisis de la Oferta.....	76
C. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	80
ANÁLISIS POR POLO DE ATENCION.....	90
CESFAM Ignacio Domeyko.....	90
CES Benjamín Viel	90
CES Padre Orellana.....	90
CESFAM Arauco.....	90
D.PLAN DE ACCIÓN POLO DOMEYKO.....	92
SALUD MATERNO PERINATAL	93
SALUD INFANTIL.....	98
SALUD DEL ADOLESCENTE	106
SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS.....	111
SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	116
FAMILIA	120
E. PLAN DE ACCIÓN POLO ORELLANA	121

SALUD MATERNO PERINATAL	122
SALUD INFANTIL.....	127
SALUD DEL ADOLESCENTE	135
SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS.....	140
SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	145
FAMILIA	149
F. PLAN DE ACCIÓN POLO VIEL	150
META IMPACTO DE OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020	150
SALUD MATERNO PERINATAL	151
SALUD INFANTIL.....	156
SALUD DEL ADOLESCENTE	164
SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS.....	169
SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	174
FAMILIA	178
G. PLAN DE ACCIÓN POLO ARAUCO	179
META IMPACTO DE OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020	179
SALUD MATERNO PERINATAL	180
SALUD INFANTIL.....	185
SALUD DEL ADOLESCENTE	193
SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS.....	198
SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....	203
FAMILIA	207
H. PLAN DE ACCIÓN DISAL.....	208
INDICADORES PROPIOS.....	208
UNIDAD DE ABASTECIMIENTO	209
UNIDAD DE ADQUISICIONES	210
UNIDAD DE FINANZAS.....	211
UNIDAD DE ESTADÍSTICAS	212
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	213
UNIDAD DE INFORMÁTICA.....	213
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS	214
I. DOTACIÓN DE PERSONAL	215
ANTECEDENTES	216
1. Población beneficiaria.....	216
2. Normativa del Ministerio de Salud	216
3. Estructura Organizacional	217
J. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA 2013	219
OBJETIVOS PRESUPUESTO DE SALUD 2013	220
1. Misión	220
2. Visión	220
3. Objetivos Generales de la Red de Salud	220
4. Desafíos Pendientes.....	223
5. Ingresos - Datos 2013	225
6. Situación Presupuestaria de Gastos.....	226

DOTACIÓN 2013	227
K. PLAN DE CAPACITACIÓN	230
PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL.	231
1. PAC Comunal 2013.....	237
2. PAC SSMC 2013.....	242
3. PAC ACHS 2013	256

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de la I. Municipalidad de Santiago	10
Tabla 2: Red de Salud Municipal, Octubre 2012.	11
Tabla 3: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud APS.....	13
Tabla 4: Cartera de Servicio del COSAM.....	13
Tabla 5: Lista de espera a septiembre de 2012 según especialidad y Polo de origen.	16
Tabla 6: ESTADÍSTICAS VITALES- AÑO 2009.....	33
Tabla 7: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSA (por 100.000 hab.)	33
Tabla 8: TASA DE MORTALIDAD POR CAUSAS (por 100.000 hab.).....	33
Tabla 9: ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA-2011 (por 100.000 hab).....	35
Tabla 10: Número de pacientes bajo control según programa de salud	36
Tabla 11: Número de pacientes bajo control por patología crónica, 2010. Fuente DISAL.....	36
Tabla 12: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.	37
Tabla 13: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.....	37
Tabla 14: Cobertura evaluación funcional del adulto de 65 años y más.....	37
Tabla 15: Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas.	37
Tabla 16: Cobertura de examen de salud del adolescente 10 a 14 años (aplicación ficha CLAP)	38
Tabla 17: Cobertura altas odontológicas totales en población menor de 20 años.	38
Tabla 18: Gestión de reclamos respondidos con solución dentro de 20 días hábiles.	38
Tabla 19: Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.....	38
Tabla 20: Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.....	39
Tabla 21: Cobertura EDSM niños 12 a 23 meses.	39
Tabla 22: Tasa de visita integral.....	39
Tabla 23: Actividad con Garantía Explícita de Salud GES.	39
Tabla 24: Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo y retraso del DSM, recuperados.....	40
Tabla 25: Cobertura PAP.....	40
Tabla 26: Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años.....	40
Tabla 27: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.....	41
Tabla 28: Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.....	41
Tabla 29: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y mas con DM controlada (Meta Santiago incremento de 1% cobertura efectiva (HbA1c< 7%)).....	41
Tabla 30: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con HTA controlada (Meta Santiago incremento de 2% cobertura efectiva (PA < 1140/90 mm Hg)).....	41
Tabla 31: Mantener o disminuir el % promedio nacional de obesidad (de = 0 < a 9,4% en menores de 6 años bajo control).	41
Tabla 32: Aplicar Protocolo Neurosensorial al Mes de Vida.....	42
Tabla 33: Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses.....	42
Tabla 34: Consejería breve de hábitos de vida saludable a padres de niños atendidos (controles y consultas) entre 0 y 10 años.....	42
Tabla 35: Realizar visita domiciliaria integral a familias con niños con obesidad entre 1 a 6 años.....	43
Tabla 36: Realizar consejería breve en tabaquismo a los adolescentes de 12 años que reciben alta odontológica en la Red de Salud Municipal (excluye compra de servicio).....	43
Tabla 37: Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años.....	43
Tabla 38: Realizar ingreso a control prenatal con pauta psicosocial EPSA.....	43
Tabla 39: Mantener espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA	43
Tabla 40: Realizar examen baciloscopia a la población.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2: Distribución de Unidades Vecinales Centro de Salud.	10
Figura 3: Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago.	12
Figura 4: Evolución de la población validada FONASA. Red de Salud Municipalidad de Santiago.	17
Figura 5: Distribución porcentual de la población metropolitana y comunal por sexo. CASEN 2011.	20
Figura 6: Distribución poblacional según grupos de edad. Región Metropolitana y comuna de Santiago. CASEN 2011.	20
Figura 7: Distribución poblacional según CASEN 2006, 2009 y 2011.	21
Figura 8: Estructura poblacional por grupos de edad Comuna de Santiago, proyección INE 2010 y población inscrita, corte FONASA octubre 2011.	21
Figura 9: Distribución geográfica de los Adultos Mayores en la Comuna de Santiago.	22
Figura 10: Distribución de la población de Santiago según situación conyugal. CASEN 2011.	22
Figura 11: Distribución de población según lugar de residencia en el 2006 y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2011.	23
Figura 12: Proporción de población comunal que es extranjera. CASEN 2011.	24
Figura 13: Distribución porcentual de extranjeros inscritos en la Red de Salud Municipal.	25
Figura 14: Distribución de la población mayor de 15 años según Nivel educacional. CASEN 2011.	25
Figura 15: Distribución de la población según condición de su actividad laboral. CASEN 2011.	26
Figura 16: Distribución de la población según su Previsión. CASEN 2011.	26
Figura 17: Disposición de telefonía celular entre los residentes de la comuna de Santiago. CASEN 2011.	27
Figura 18: Distribución de la población de la comuna de Santiago según condición de pobreza. CASEN 2009 y 2011.	27
Figura 19: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según tipo de previsión de salud. CASEN 2011.	28
Figura 20: Distribución de lugares de atención en que residentes de la comuna de Santiago controlan su salud. CASEN 2011.	29
Figura 21: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a la autoevaluación de su estado de salud. CASEN 2011.	30
Figura 22: Realización del PAP en los 3 últimos años, Región Metropolitana y comuna de Santiago. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.	30
Figura 23: Razones de la NO realización del PAP. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.	31
Figura 24: Tipos de establecimientos de atención dental en el grupo de personas que consultaron dentro de los 3 meses previos a la encuesta. CASEN 2011.	31
Figura 25: Tipo de controles a los que accede la población en el último trimestre. CASEN 2011.	32
Figura 26: Tipo de agrupaciones en las que participa la comunidad. CASEN 2011.	32
Figura 27: COBERTURA POBLACIÓN PROGRAMA INFANTIL (PBC *100 / Pob. Infantil inscrita < 6 años)	74
Figura 28: COBERTURA POBLACIÓN PSCV (PBC/Inscritos)	74
Figura 29: COBERTURA POBLACIÓN ADULTO MAYOR (PBC/Inscritos >64 años)	75
Figura 30: COBERTURA POBLACIÓN FEMENINA (PBC/Pob. Fem inscrita > 10 años)	75
Figura 31: TASA DE CONSULTAS REALIZADAS ACUM A SEPT. 2012 (Nº Consultas/ Pob. Inscrita)	76
Figura 32: CONSULTAS MÉDICAS OFERTADAS SEGÚN POBLACIÓN BENEFICIARIA AGOSTO 2012.	76
Figura 33: TASA CONTROLES CICLO VITAL ACUM A SEPT. 2012 (Nº de controles /Pob. Inscrita)	77
Figura 34: PRESTACIONES OFERTADAS PROGRAMA INFANTIL AGOSTO 2012 (Número de Prestaciones x 100 inscritos < 10 años)	77
Figura 35: TASA CONTROLES PSCV ACUM A SEPT. 2012 (Nº controles/Pob. Bajo control)	78
Figura 36: PRESTACIONES OFERTADAS PSCV AGOSTO 2012 (Número de Prestaciones /PBC)	78

Figura 37: TASA CONSULTAS DE SALUD MENTAL ACUM A SEPT. 2012 (Nº consultas de salud mental/Pob. Inscrita).....79

Figura 38: TASA ATENCIONES DENTALES ACUM A SEPT. 2012 (Nº consultas dentales/Pob. Inscrita)79

Figura 39: Estructura organizacional interna de los centros de salud217

Figura 40: Estructura organizacional de la Dirección de Salud.....218

A. Antecedentes

RESEÑA HISTORICA

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

Acta de Fundación

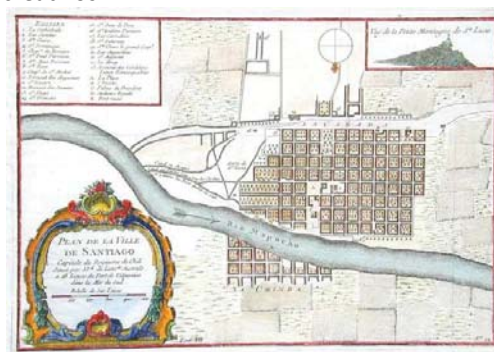
El nombre de la ciudad proviene del Apóstol Santiago, santo patrono de España. Sus primeros doce años de existencia sólo fue un fuerte militar, solo en la segunda mitad del siglo XVI comienzan a construirse los primeros edificios de importancia de la ciudad, destacando el inicio de la construcción en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

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

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

A fines del siglo XIX, la ciudad se presentaba cada vez más compleja y socialmente diversa. Con 250 mil habitantes, la expansión comenzó a rebasar su límites y a conformar diferentes espacios residenciales alrededor, lo que originó que en el gobierno de Jorge Montt en 1891 se promulgara la ley de Comuna Autónoma, con lo que el Departamento de Santiago quedó constituido por las circunscripciones urbanas de Santa Lucía, Santa Ana, Portales, Estación, Cañadilla, Recoleta, Maestranza, Universidad, San Lázaro y Parque Cousiño y alrededor de estas, seis municipales urbanas, entre las que estaban Ñuñoa, Maipú y San Bernardo. Con esto, los nuevos concejos pudieron ofrecer terrenos en condiciones favorables para atraer a los vecinos de la capital.

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



ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DE SANTIAGO

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

Tabla 1: Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de la I. Municipalidad de Santiago

NIVEL	DEPENDENCIA	
	MUNICIPAL	SSMC
PRIMARIO	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko	Centro de Salud Familiar N° 1 (Ramón Corvalán Melgarejo)
	Centro de Salud Benjamín Viel	
	Centro de Salud Padre Orellana	
	Centro de Salud Familiar Arauco	
	Estación Médica de Barrio Balmaceda	
	Estación Médica de Barrio Brasil	
	Estación Médica de Barrio Carol Urzúa	Centro de Salud N° 5
	Estación Médica de Barrio Concha y Toro	
	Estación Médica de Barrio Coquimbo	
	Estación Médica de Barrio Dávila Larraín	
	Estación Médica de Barrio Gacitúa	
	Estación Médica de Barrio Nicola D'Onofrio	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) N° 1
	Estación Médica de Barrio Parque Forestal	
	Estación Médica de Barrio Rojas Jimenez	
	Estación Médica de Barrio San Emilio	
	Estación Médica de Barrio Sargento Aldea	
SECUNDARIO	Centro de Orientación y Salud Mental (COSAM)	Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) San Borja
	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS)
	Unidad Geriátrica Móvil (UGM)	
TERCIARIO		Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP
		Hospital San Borja Arriarán, HSBA

Existía una distribución territorial, por unidades vecinales, entre los Centros de Salud Municipales y los pertenecientes al Servicio de Salud Central, la que fue modificada a través del Ordinario N° 1077 del Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, con fecha 3 Octubre de 2011, quedando la nueva distribución como se señala en la Figura 1:

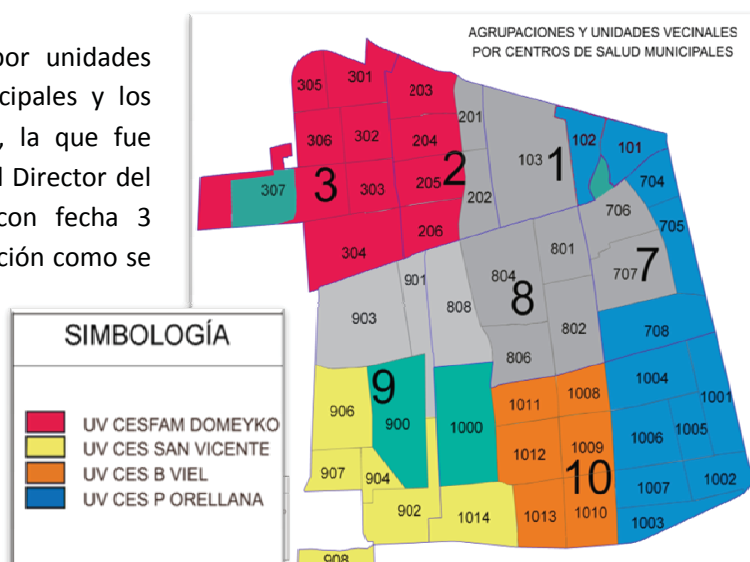


Figura 1: Distribución de Unidades Vecinales Centro de Salud.

Tabla 2: Red de Salud Municipal, Octubre 2012.

POLO	TIPO DE CENTRO	CENTRO DE SALUD	DIRECCIÓN	VALIDADO S FONASA 2011	ENCARGADO(A) DEL CENTRO	DIRECTORA DEL POLO	PROPIEDAD
DOMEYKO	CESFAM	Ignacio Domeyko	Cueto 543	32.323	Dra. Sandra León	Dra. Sandra León	Municipal
	EMB	Balmaceda	Herrera 1231	5.927	NT Carolina Marchant		Arrendada
	EMB	Nicola D'Onofrio	Ricardo Cumming 1275	4.217	EU Cecilia Canales		Arrendada
	EMB	Concha y Toro	Santa Mónica 2229	4.217	EU Susana Salinas		Arrendada
	EMB	Brasil	Rosas 1963	4.550	EU Claudia Ortega		Arrendada
PADRE ORELLANA	CES	Padre Orellana	Padre Orellana 1708	7.340	EU Alejandra Márquez	EU Alejandra Márquez	Municipal
	EMB	Parque Forestal	José Ramón Gutierrez	2.856	EU Marcela Labra		Arrendada
	EMB	Dávila Larraín	General Gana 334	3.495	EU Angelina Leyva		Arrendada
	EMB	Gacitúa	Artemio Gutierrez 1354	3.229	EU María Victoria Díaz		Arrendada
	EMB	Coquimbo	Madrid 789	3.009	Dra. Bárbara Alonso		Arrendada
	EMB	Rojas Jimenez (ex San Borja)	Rojas Jiménez 21	2.126	AS Renata Larraín		Arrendada
BENJAMIN VIEL	CES	Benjamín Viel	San Ignacio 1217	7.321	TM Beatriz Saldivia	TM Beatriz Saldivia	Municipal
	EMB	Sargento Aldea	Sargento Aldea 1470	5.057	EU Sonia García		Arrendada
	EMB	San Emilio	San Emilio 2106	2.114	EU Catalina Fuentes		Arrendada
	EMB	Carol Urzúa	Santa Rosa 1727	3.514	EU Tamara Navarrete		Municipal
ARAUCO	CESFAM*	Arauco	Av. Mirador 1599	13.784	MT Andrea Caro	MT Andrea Caro	Municipal

* En proceso de certificación como Centro de Salud Familiar

La distribución de los establecimientos dentro de la Comuna es la siguiente. (Ver Figura 2).

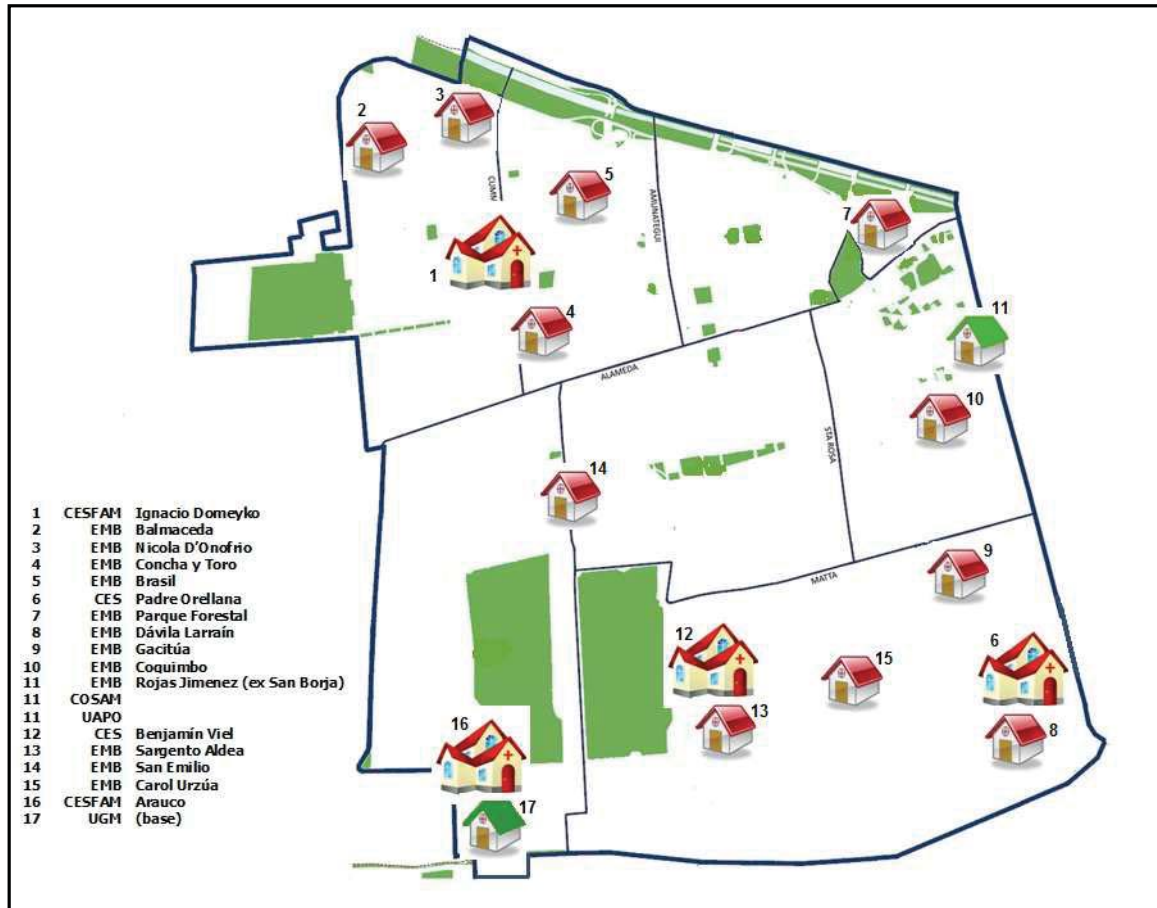


Figura 2: Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago

CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL

En el último año, nuestra cartera de Servicios ha crecido dado la incorporación de las nuevas unidades a la Red Municipal. Sin embargo, el déficit de infraestructura, impide otorgar todas las prestaciones, que como APS debería dar en todos los centros primarios. Ejemplo de ello es la existencia de la sala musculo esquelética (PAME), que sólo dos establecimientos cuentan con ella. Además, las Estación Médica de Barrio (EMB) que tiene por ventaja mejorar la accesibilidad de los usuarios a la Red , implica atención en recintos, que en su mayoría no cumplen los estándares para la acreditación de salas para procedimientos más complejos, por lo tanto los usuarios deben trasladarse a los centros bases. 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) y actividades de educación física en todos centros, y atención de cirugía menor en el CESFAM Ignacio Domeyko; la atención dental se entrega en los centros de salud y además existen 2 módulos JUNAEB en las Escuelas Panamá y Alessandri.

Tabla 3: 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	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Nicola D'Onofrio	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Concha y Toro	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Brasil	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Parque Forestal	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
CES	Padre Orellana	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓
EMB	Dávila Larraín	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Gacitúa	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Coquimbo	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	San Borja	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
CES	Benjamín Viel	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✓
EMB	Sargento Aldea	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
EMB	San Emilio	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Carol Urzúa	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
CESFAM*	Arauco	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabla 4: Cartera de Servicio del COSAM

Prestación	Programa Infanto Juvenil	Programa Adultos
Ingreso Equipo	✓	✓
Ingreso Psiquiátrico	✓	✓
Ingreso Social	✓	✓
Evaluación Ocupacional	✓	✓
Evaluación Neuropsicológica	✓	✓
Control Psiquiátrico	✓	✓
Control Psicológico	✓	✓
Consulta de Salud Ocupacional	✓	✓
Psicoterapia Individual	✓	✓
Psicoterapia Familiar	✓	✓
Psicodiagnóstico	✓	✓
Intervención en Crisis	✓	✓
Intervención Psicosocial Grupal	✓	✓
Intervención Psicosocial Grupal en Rehabilitación	✓	✓
Psicoterapia Grupal	✗	✓
Consulta Social	✓	✓
Informes	✓	✓
Visita Domiciliaria Integral	✓	✓
Trabajo Intersectorial	✓	✓
Reunión Intersectorial	✓	✓
Capacitación/Apoyo Técnico	✓	✓
Trabajo con organizaciones comunitarias de base, familiares.	✓	✓

Cartera de Servicios de la UAPO

- Medición de Agudeza Visual
- Prueba de lentes
- Entrega receta de lentes y orden de compra de lentes en ópticas Trento
- Entrega lentes presbicia +3.00 o +2.50 esf
- I.C. Hospital San Borja GES y no GES
- Toma de presión intraocular
- Medición de lentes
- Autorefractometría
- Evaluación por Oftalmólogo
- Evaluación por Tecnólogo Médico
- Evaluación con Lámpara de Hendidura
- Evaluación del Fondo de Ojos
- Extracción Cuerpo extraño ocular superficial
- Curva de Tensión Aplanática
- Campo Visual Computarizado
- Evaluación glaucoma por oftalmólogo
- Break up time
- Test de Shirmer
- Vía Lagrimal
- Tinción con fluoresceína
- Cover Test
- Test de Krimsky
- Test de Hirshberg
- Filtro Rojo
- Prisma Cover Test
- Tratamiento Insuficiencia de convergencia
- Evaluación Amplitud de fusión vertical y horizontal
- Calificación de urgencia
- Evaluación Orzuelo, Chalazión y Pterigium
- Entrega de fármacos para glaucoma, ojo seco, infecciones y otras patologías

Cartera de Servicios de la UGM

- Valoración Geriátrica Integral
- Valoración por Neuropsicólogo
- Valoración por Profesora de Educación Física
- Valoración por Asistente Social de la red
- Capacitación a los equipos de cabecera en aspectos básicos de la Geriátrica
- Capacitación y charlas dirigidas a los adultos mayores de la comunidad.
- Rescate de pacientes adultos mayores inasistentes al consultorio en los últimos 3 años.
- Entrega de insumos de apoyo funcionales a los adultos

LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, SEPTIEMBRE DE 2012.

La Red Municipal deriva a sus pacientes, tanto adultos como niños, cuando requieren consulta de médicos especialistas, al Complejo Hospitalario San Borja Arriaran CHSBA. Las listas de espera eran manejadas desde la atención primaria municipal, pero desde este año se han ido traspasando paulatinamente a las diferentes especialidades para su manejo desde el nivel secundario, se pretende que se complete este proceso a fin de año. De todas formas las interconsultas deben ir priorizadas por nivel de gravedad del paciente.

Además, durante el 2012 la Administración Municipal firmó un convenio con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente con el fin de que puedan ser atendidos los pacientes adultos mayores del Polo Domeyko, en especialidades que requieren controles recurrente, con el fin de mejorar el acceso de esa población. De esta forma la red de derivación incorporó al Hospital San Juan de Dios y al Instituto Traumatológico, ambos centros ubicados en la Comuna. Las especialidades incorporadas son:

- ✓ Broncopulmonar
- ✓ Cardiología
- ✓ Dermatología
- ✓ Endocrino
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Hematología
- ✓ Medicina interna
- ✓ Nefrología
- ✓ Neurología
- ✓ Reumatología
- ✓ Diabetes
- ✓ Traumatología
- ✓ Cirugía maxilo-facial

A continuación se presenta el número de pacientes en lista de espera por especialidad, tanto para el HSBA, CRS Maipú como Consultorio N° 1, este último como centro de atención odontológica especializada.

Tabla 5: Lista de espera a septiembre de 2012 según especialidad y Polo de origen.

	ESPECIALIDAD	DOMEYKO	ORELLANA	ARAUCO	VIEL	Total
1	CIRUGIA ABDOMINAL ADULTO	752	291	162	151	1.356
2	OTORRINOLARINGOLOGIA	634	423	142	148	1.347
3	TRAUMATOLOGIA ADULTO	452	231	71	76	830
4	UROLOGIA ADULTO	314	222	78	80	694
5	NEUROLOGIA ADULTO	259	182	79	70	590
6	OFTALMOLOGIA	246	187	82	56	571
7	DERMATOLOGIA	256	165	57	26	504
8	ENDODONCIA	123	155	125	83	486
9	CARDIOLOGIA ADULTO	124	141	57	60	382
10	GASTROENTEROLOGIA ADULTO	157	94	29	40	320
11	PROTESIS REMOVIBLE	17	129	69	99	314
12	CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	149	83	39	40	311
13	GINECOLOGIA ADULTO	117	72	52	39	280
14	NEUROCIRUGIA	85	103	56	30	274
15	ENDOCRINOLOGIA ADULTO	113	55	36	39	243
16	REUMATOLOGIA ADULTO	94	86	15	29	224
17	CIRUGIA PROCTOLOGICA	141	48	13	6	208
18	PERIODONCIA	33	48	40	46	167
19	NEUROLOGIA INFANTIL	106	14	12	15	147
20	CIRUGIA MAXILOFACIAL	88	6	26	20	140
21	CIRUGIA INFANTIL	64	29	9	10	112
22	MEDICINA INTERNA	59	27	15	4	105
23	ODONTOPEDIATRIA	39	9	26	29	103
24	ORTODONCIA	45	6	25	26	102
25	CIRUGIA BUCAL	2	26	24	44	96
26	NEFROLOGIA ADULTO	48	20	10	3	81
27	TRAUMATOLOGIA INFANTIL ORTOPEDIA	30	20	6	15	71
28	BRONCOPULMONAR ADULTO	19	14	7	16	56
29	GINECOLOGIA PROLAPSO	20	23	1	7	51
30	PSIQUIATRIA ADULTO	23	7	7	12	49
31	PROTESIS FIJA	1	22	7	13	43
32	PEDIATRIA	8	13	5	5	31
33	HEMATOLOGIA ADULTO	14	10	2	3	29
34	CARDIOLOGIA INFANTIL	19	5	1	0	25
35	GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	19	4	0	1	24
36	ALTO RIESGO OBSTETRICO	6	1	0	15	22
37	CIRUGIA DE PARTES BLANDAS	0	18	0	1	19
38	NEUROLOGIA PARKINSON	2	0	0	15	17
39	ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	13	2	0	1	16
40	BRONCOPULMONAR INFANTIL	5	5	5	1	16
41	PSIQUIATRIA INFANTIL	6	2	0	8	16
42	INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL	4	0	0	11	15
43	UROLOGIA INFANTIL	10	2	0	0	12
44	GINECOLOGIA PATOLOGIA CERVICAL	8	1	0	0	9
45	TRAUMATOLOGIA COLUMNA	3	4	0	0	7
46	ENDOCRINOLOGIA OBESIDAD	4	2	0	1	7
47	NEFROLOGIA INFANTIL	7	0	0	0	7
48	CIRUGIA ONCOLOGICA	5	0	0	0	5
49	GINECOLOGIA PATOLOGIA MAMARIA	3	0	1	0	4
50	ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	0	4	0	0	4
51	REUMATOLOGIA INFANTIL	2	0	1	0	3
52	GINECOLOGIA INFANTIL	2	0	0	0	2
53	UROLOGIA	2	0	0	0	2
54	INFECTOLOGIA ADULTO	1	0	0	1	2
55	DIABETES	1	0	0	0	1
56	NUTRICION INFANTIL	1	0	0	0	1
57	ENDOCRINOLOGIA	1	0	0	0	1
58	PROTESIS FIJA	1	0	0	0	1
59	CIRUGIA PLASTICA	0	0	0	1	1
60	TRAUMATOLOGIA	1	0	0	0	1
61	FISIATRIA	1	0	0	0	1
62	MEDICINA INTERNA	1	0	0	0	1
63	NEUROLOGIA	1	0	0	0	1
	Total general	4.761	3.011	1.392	1.396	10.560

TENDENCIA POBLACIÓN INSCRITA

Desde el año 2000, la población inscrita validada ha ido aumentando paulatinamente, llegando actualmente a la cifra de 105.079, en último corte de octubre 2011. En el siguiente gráfico se observa su evolución en el tiempo.

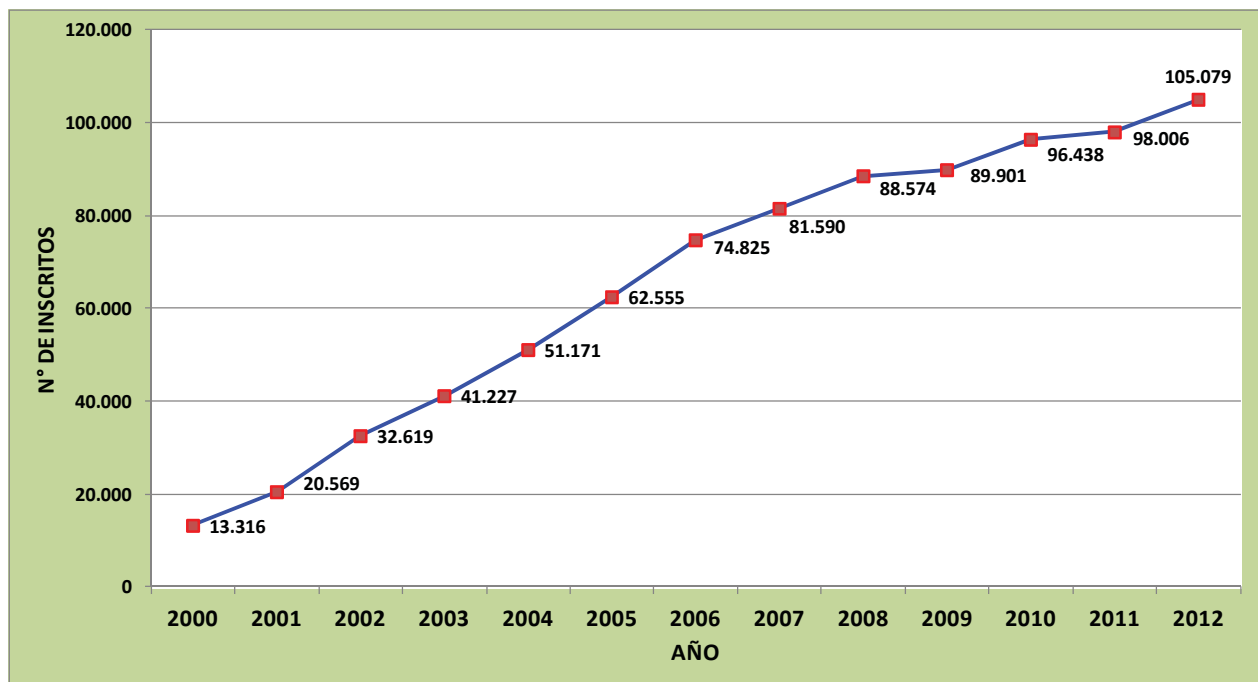


Figura 3: Evolución de la población validada FONASA. Red de Salud Municipalidad de Santiago.

Para calcular la población de la Comuna, incluyendo los municipales y no municipales, hay que sumar la población atendida en el Consultorio N° 1 y N° 5, que suman alrededor de 75.000 personas.

B. Diagnóstico Situación Comunal

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA COMUNA DE SANTIAGO

Los datos preliminares del Censo 2012 dan una población para la Comuna de Santiago de 308.027 habitantes, cifra muchísimo mayor lo proyectado por el anterior Censo, que solo alcanzaba a 167.867 residentes. Con esta población, Santiago se convirtió en la 6^{ta} comuna más grande del país. Esto ocurrió porque las proyecciones anteriores daban un crecimiento negativo a la comuna, fenómeno que se revirtió en la última década, dado por el desarrollo inmobiliario, principalmente con edificios de altura, y la migración de población joven en búsqueda de las casas de estudios superiores. Otro gran fenómeno migratorio lo constituye los extranjeros, provenientes de países vecinos, la mayoría de ellos atraídos por nuevas expectativas laborales y económicas, es así como cifras de la CASEN 2009 informaban que esta población llegaba a un 9% del total.

Población de Chile: 16.572.475 hbs.

Región Metropolitana: 6.683.852 hbs. (40,3 % del país)

Comuna de Santiago: 308.027 hbs. (4,6% de la RM)

Cabe señalar aquí, que Santiago como comuna capital, tradicionalmente ha sido sede del Poder Ejecutivo, del Poder Judicial, residen los Ministerios, los diversos Servicios Públicos, además de las sedes nacionales de los partidos políticos, asociaciones gremiales y sindicales y la mayoría de las organizaciones o instituciones de relevancia nacional. Cuenta además con un extenso centro comercial y financiero. Por lo tanto concurren a ella numerosas personas, se calcula que no menos de un millón y medio transitan por el centro diariamente.

Los datos que se entregarán ahora, en la caracterización sociodemográfica, corresponden a los datos arrojados por la Encuesta CASEN 2011, y deben ser analizados referencialmente, dado el sesgo de utilizar factores de cálculo entregados por el anterior Censo, y como se dijo en los párrafos precedentes, la estructura poblacional cambió notablemente. El tamaño muestral para la comuna de Santiago fue de 872 y la población proyectada fue de 149.333 personas.

1. Características demográficas

1.1. Edad y sexo

En la Región Metropolitana, 53% de los habitantes son mujeres, en tanto en la comuna de Santiago, esta cifra corresponde al 51.4% (Figura 4). La distribución por edad también hace de esta comuna algo especial, Santiago a diferencia de lo que es el promedio regional concentra una importante cantidad de población adulta joven (entre 25 y 34 años) que casi duplica la fracción regional, en menor medida, hay un porcentaje más alto de adultos mayores de 80 años y más. En sentido contrario es posible apreciar grupos más pequeños porcentualmente de población infantil y adolescentes, comparativamente con la distribución regional. (Ver Figura 5).

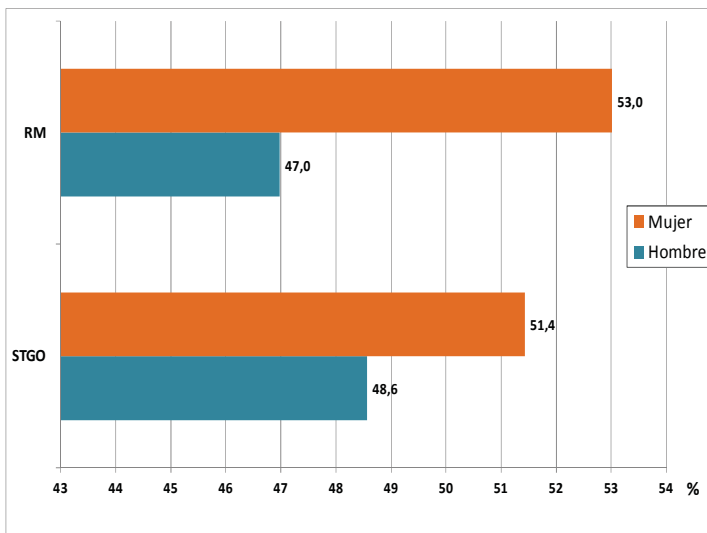


Figura 4: Distribución porcentual de la población metropolitana y comunal por sexo. CASEN 2011.

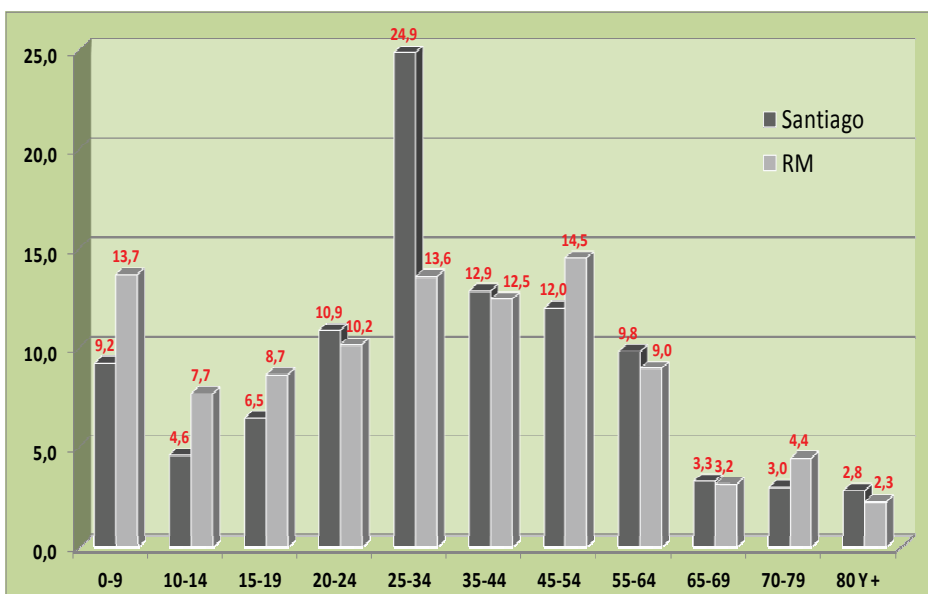


Figura 5: Distribución poblacional según grupos de edad. Región Metropolitana y comuna de Santiago. CASEN 2011.

Las diferencias porcentuales en los distintos grupos de edad, comparándolos con las encuesta 2006 y 2009 queda reflejado en el siguiente gráfico (ver Figura 6), donde se muestra disminución sostenida de la población infantil y del grupo de 35-44 años, y por otro lado, aumento de la población adulta entre 55 y 64 años. Los demás grupo han presentado variaciones disimiles, pero destaca el grupo de 25 a 34 años, que en los años estudiados, ha sido el más prevalente.

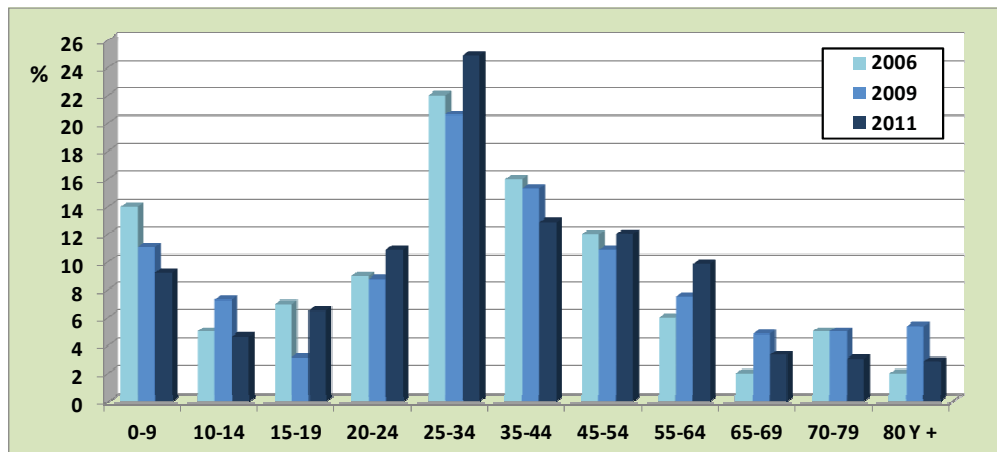


Figura 6: Distribución poblacional según CASEN 2006, 2009 y 2011.

1.2. Distribución poblacional en inscritos de la Red de Salud Comunal

A diferencia de lo que ocurre en el total de la población de Santiago, la estructura de los grupos de edad de la población inscrita presenta un número aún más alto de gente adulta mayor y un bajo número de adultos jóvenes.

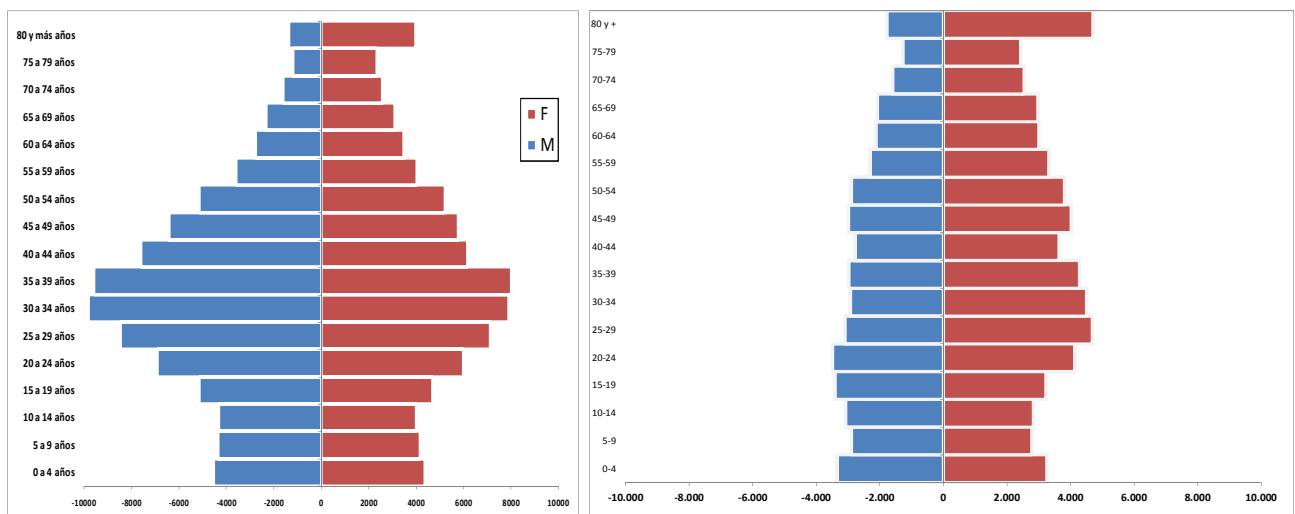


Figura 7: Estructura poblacional por grupos de edad Comuna de Santiago, proyección INE 2010 y población inscrita, corte FONASA octubre 2011.

1.3. Distribución de los Adultos mayores dentro de la comuna de Santiago

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

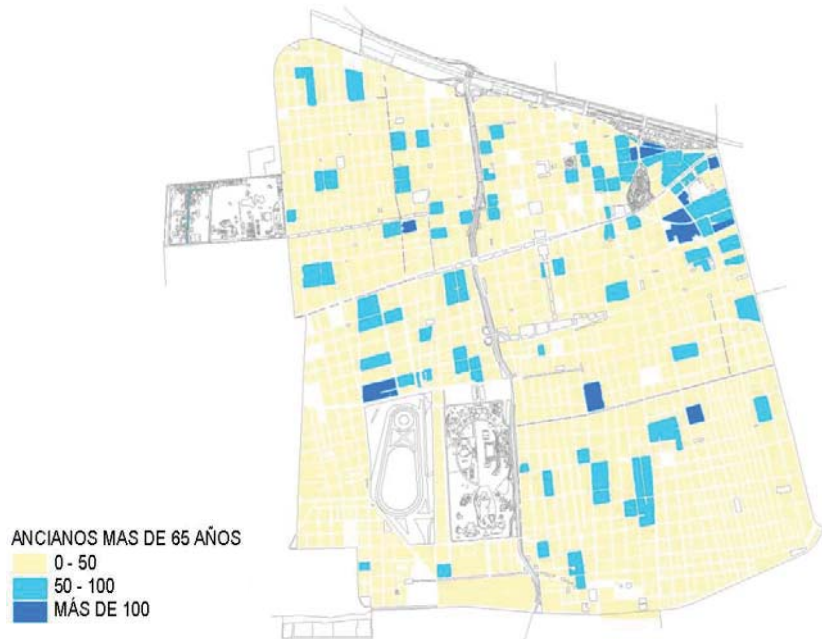


Figura 8: Distribución geográfica de los Adultos Mayores en la Comuna de Santiago.

1.4. Estado Civil

Dentro de la población mayor de 15 años, residentes de Santiago, más de un 46% está soltero, el 41,6% está casado o vive en pareja y un 12,2% está viudo, anulado o divorciado. Esto es similar a lo que se observó en la encuesta CASEN 2009, con un leve aumento de los solteros. (Ver Figura 9).

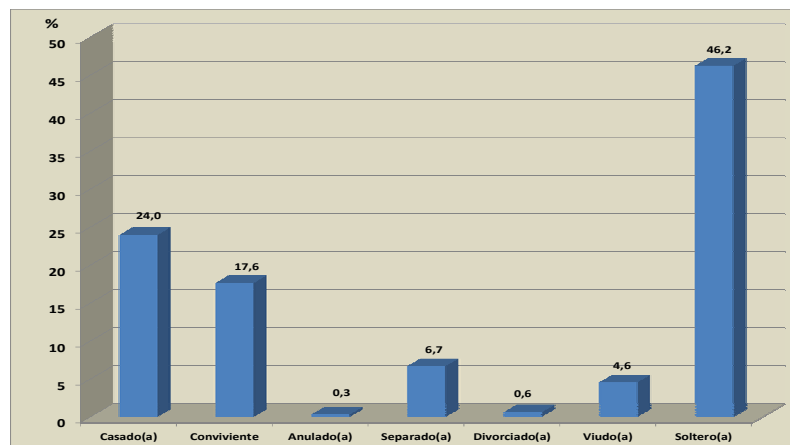


Figura 9: Distribución de la población de Santiago según situación conyugal. CASEN 2011

1.5. Etnia

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

Habrà que esperar los resultados que arroje el Censo 2012 para tener datos más fidedignos en esta materia.

2. Movimientos poblacionales

2.1. Inmigración

Sólo 70,3% de los residentes de la comuna de Santiago habitaba aquí desde el 2006. La población proveniente de otras comunas se concentra en las personas menores de 40 años, así como también la población extranjera, en cambio los residentes mayores de 50 años, en su mayoría vive en la comuna desde hace más de 5 años. (Ver Figura 10)

).

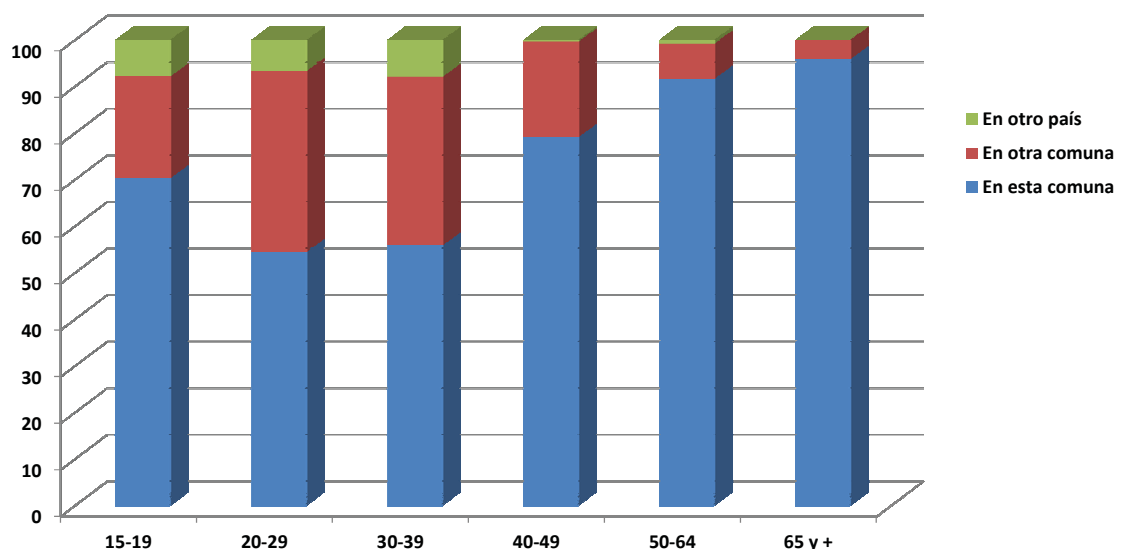


Figura 10: Distribución de población según lugar de residencia en el 2006 y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2011.

2.2. Extranjeros

Santiago fue superada en su proporción de extranjeros (7,5%) por la comuna de Independencia, que llegó según la encuesta CASEN a un 14,5%, en el entendido de que todos quienes dijeron tener otra nacionalidad; otras comunas con un porcentaje importante de extranjeros son Lo Prado, Estación Central, Quinta Normal y Recoleta (Ver Figura 11). Si a Santiago se le suma las personas que declararon tener doble nacionalidad, llega al 8,2%. El promedio de extranjeros en la Región Metropolitana alcanza a un 1,3%.

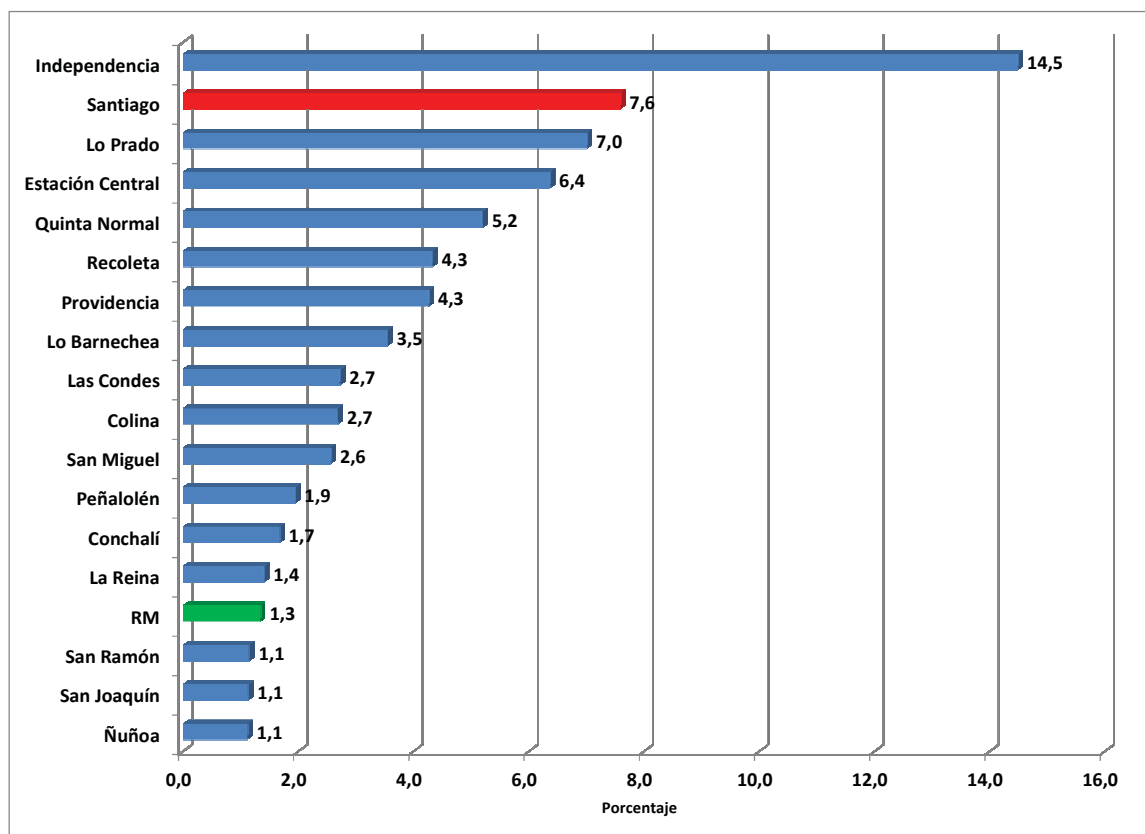


Figura 11: Proporción de población comunal que es extranjera. CASEN 2011.

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

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

En la Red de Salud Municipal se registran un 8,1% de extranjeros, lo que no es concordante con la información aportada por la CASEN 2009 y probablemente existan errores en el momento de la inscripción, que deben ser subsanados. Las nacionalidades están descritas en el siguiente gráfico:

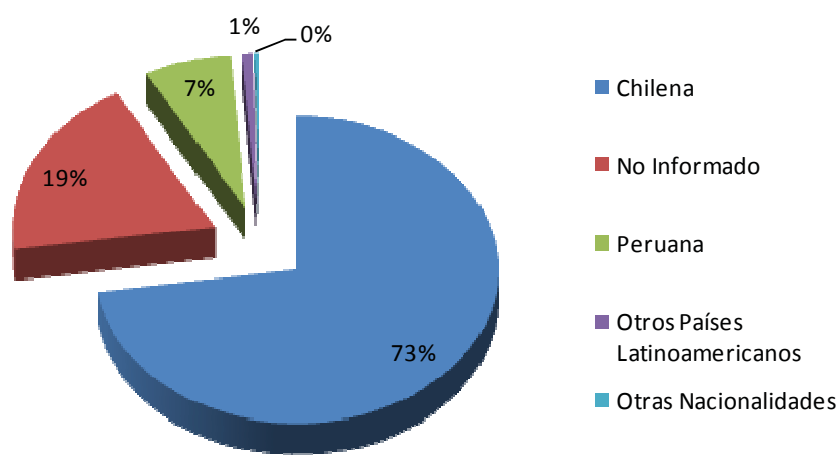


Figura 12: Distribución porcentual de extranjeros inscritos en la Red de Salud Municipal.

3. Nivel Educativo

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

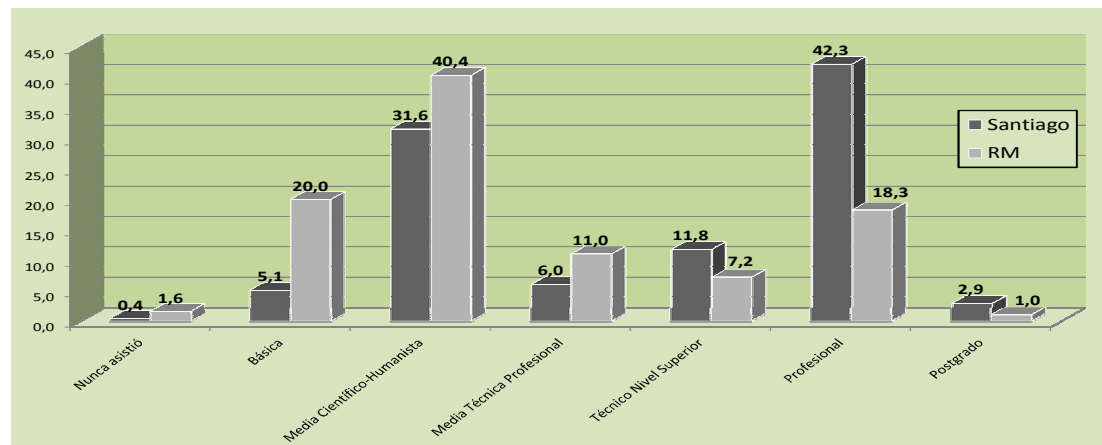


Figura 13: Distribución de la población mayor de 15 años según Nivel educativo. CASEN 2011

4. Situación laboral

4.1. Condición laboral

Respecto a la Región Metropolitana, la comuna de Santiago se destaca por su mayor proporción de población ocupada laboralmente, 60,2% versus 52,7% (Ver Figura 14). Disminuyó la cesantía a un 2,9%, desde el 6,1% del año 2009. Otro dato importante a considerar, es que las mujeres jefas de hogar son el 40,6%.

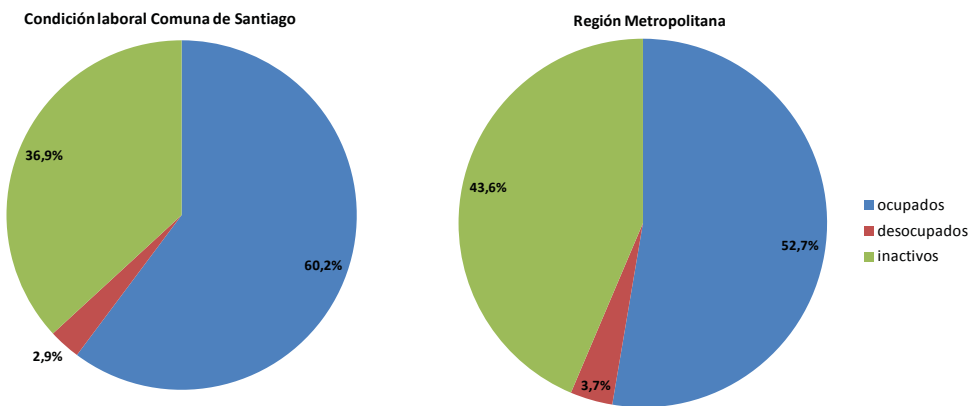


Figura 14: Distribución de la población según condición de su actividad laboral. CASEN 2011

4.2. Previsión

La mayor parte de la población ocupada e inactiva posee un sistema de pensiones (63,8%), pero al preguntar a este grupo si han cotizado el último mes, se observa que más de un 23% no está cotizando, por lo tanto, numéricamente el grupo no cubierto previsionalmente al momento de la evaluación, corresponden a un porcentaje del 51,1. (Ver Figura 15).

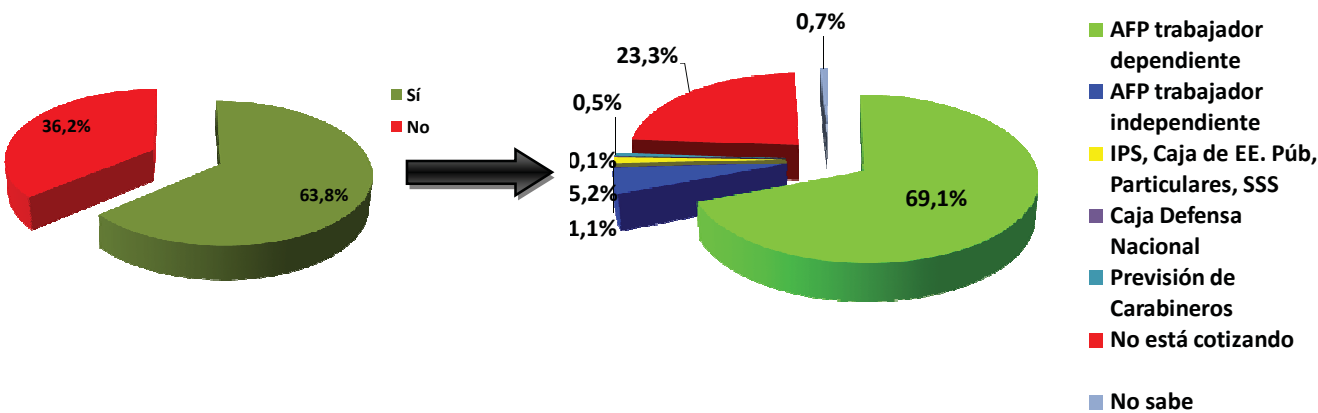


Figura 15: Distribución de la población según su Previsión. CASEN 2011

5. Acceso a las comunicaciones

En general los residentes de la comuna de Santiago tienen buenos niveles de conectividad, el 90% tiene teléfono móvil y un 56,5% dispone de algún tipo de conexión a internet en sus viviendas. El grupo que no tiene conexión, se divide entre quienes encuentran que el acceso a internet es muy caro y a los que no les interesa, 46 y 44% respectivamente. (Ver Figura 16).

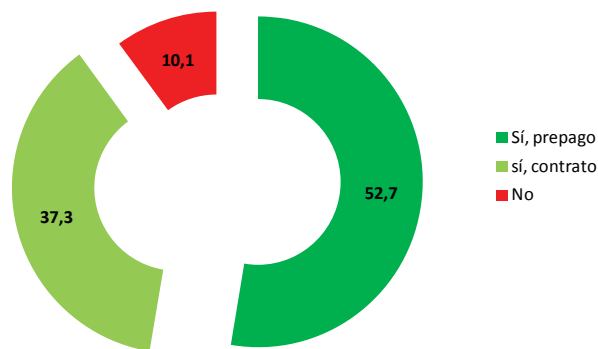


Figura 16: Disposición de telefonía celular entre los residentes de la comuna de Santiago. CASEN 2011

6. Condición de pobreza

6.1. Nivel de pobreza

En la comuna de Santiago la pobreza alcanza al 4,9% de la población, con un 0.4% de indigencia (Ver Figura 17), según la encuesta CASEN. Hay una disminución porcentual con respecto al año 2009 de 2,4 puntos.

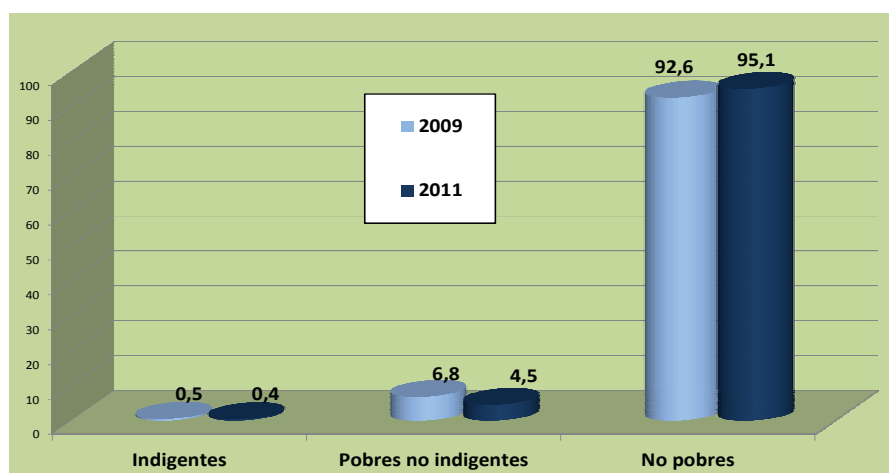


Figura 17: Distribución de la población de la comuna de Santiago según condición de pobreza. CASEN 2009 y 2011.

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

7. Sistema Previsional de Salud

7.1. Tipo de previsión

En la comuna de Santiago, 56% de los residentes son beneficiarios del sistema público, y un tercio son ISAPRE. Si se consideran a los particulares y a quienes desconocen su tipo de previsión, 63,4% de los residentes de la comuna son potenciales usuarios de los centros de atención primaria de la comuna (Ver Figura 18).

Cabe señalar que dentro de los FONASA, el 76,3% pertenecen a los grupos A y B, y que para estar en estos tramos, la persona debe carecer de recursos, tener un ingreso imponible mensual menor o igual a \$172.000 o tener un ingreso menor de \$251.121 con 3 cargas familiares. En cuanto a la previsión de los inmigrantes, un 65% refiere tener FONASA, un 24,7% no tiene previsión y solo un 9,7% tiene ISAPRE.

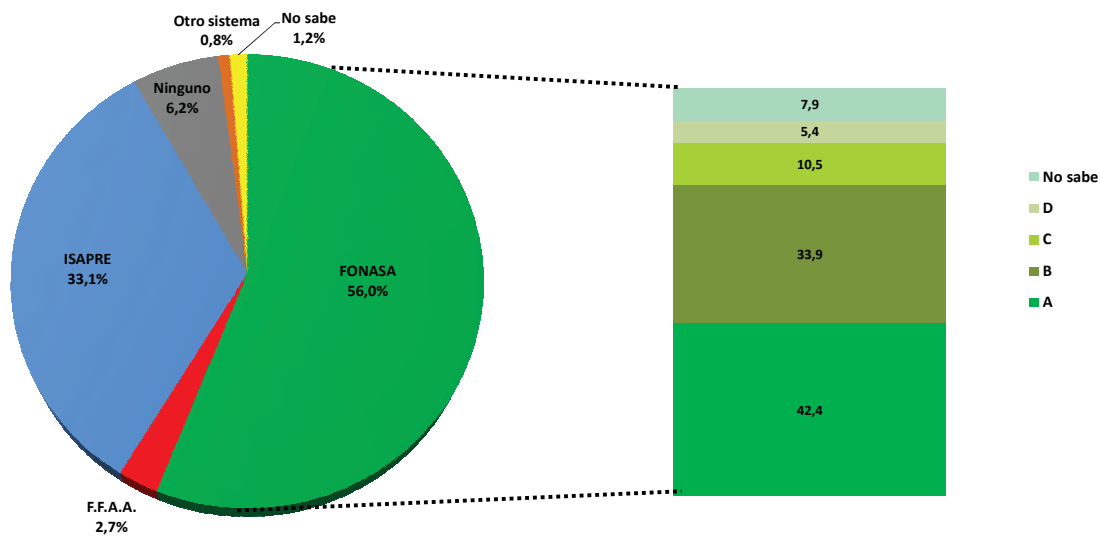


Figura 18: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según tipo de previsión de salud. CASEN 2011.

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

7.2. Elección de los establecimientos de Salud

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

Pero al preguntar el número de consultas médicas efectuadas en los 3 meses precedentes, un 18,5% tuvo una o más atenciones. Referente al lugar de las atenciones o consultas médicas realizadas, el 68% lo hizo en un centro privado (Ver Figura 19) y solo el 25% en un consultorio de APS. Seleccionando solo con previsión FONASA, los que acuden a la APS aumenta a un 46,7%, y en los tramos A y B llega a un 67,6%, sin embargo, en este último grupo, donde no tienen libre elección, las consultas en centros privados llegan a un 18,2%, que podemos considerar una demanda no satisfecha por los centros de salud primario. Todos quien mencionó controlarse en SAPU dijo además ser beneficiario del sistema público.

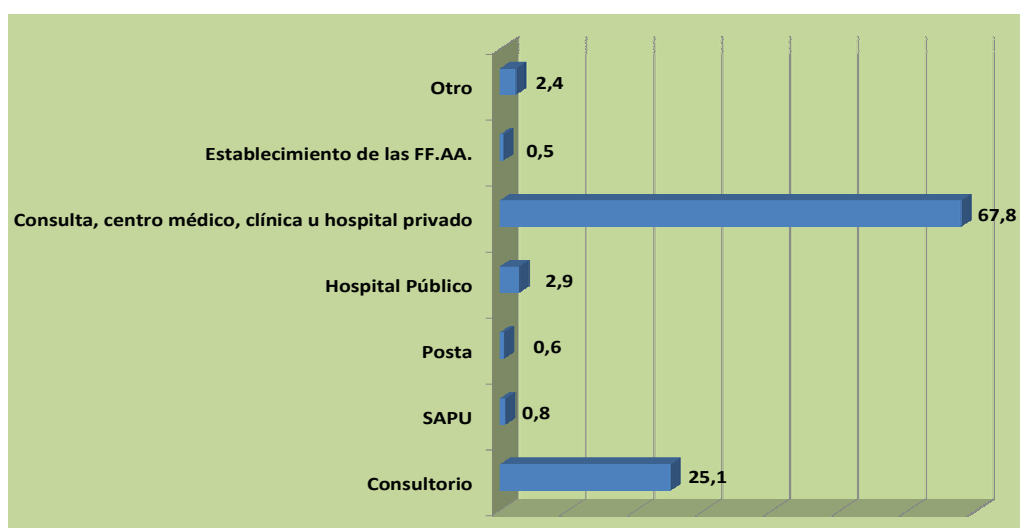


Figura 19: Distribución de lugares de atención en que residentes de la comuna de Santiago controlan su salud. CASEN 2011.

8. Condicionantes de Salud

8.1. Percepción

Al buscar conocer la percepción sobre el propio estado de salud de los integrantes del hogar encuestado, dentro de los residentes de la comuna de Santiago da un grado de satisfacción muy alto, un 74% se autocalifica como bien o muy bien, al otro extremo, la percepción de un estado de salud mal o muy mal llega al 1,5% (Ver Figura 20).

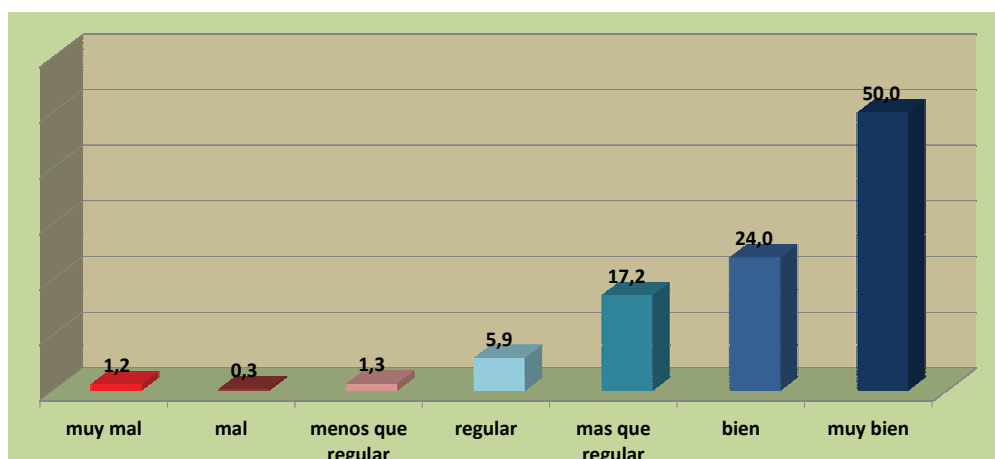


Figura 20: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a la autoevaluación de su estado de salud. CASEN 2011.

8.2. Cobertura de PAP y mamografías

En población femenina de 15 años y más, se investigó sobre la realización del Papanicolau en los 3 últimos años, Santiago, comparativamente con la Región Metropolitana, tiene una cobertura mayor, pero insuficiente para lograr la meta nacional del 80%, cifra con la cual se logra una disminución significativa de la mortalidad por cáncer cervico-uterino. (Ver Figura 21). Al indagar sobre las razones de la no realización de este examen, las respuestas son variadas (Ver Figura 22), pero que los equipos de salud vean estrategias para mejorar el acceso a este grupo de mujeres.

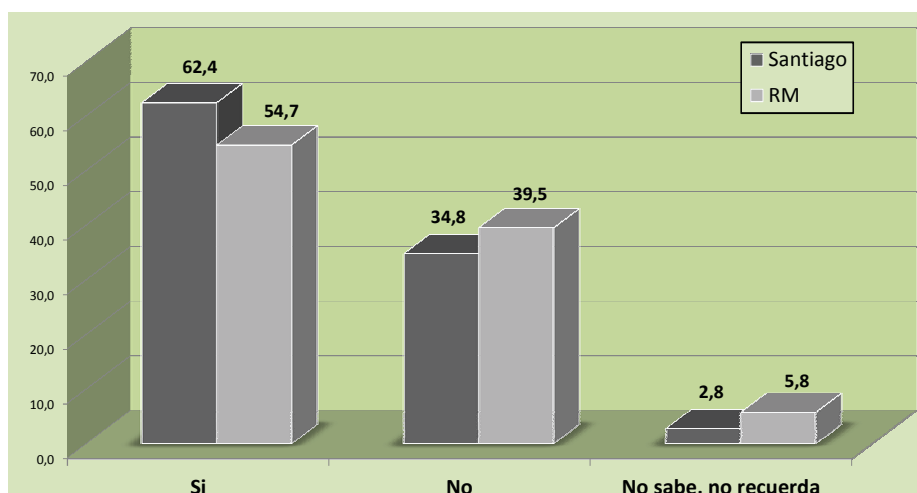


Figura 21: Realización del PAP en los 3 últimos años, Región Metropolitana y comuna de Santiago. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.



Figura 22: Razones de la NO realización del PAP. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.

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

8.3 Atención dental

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

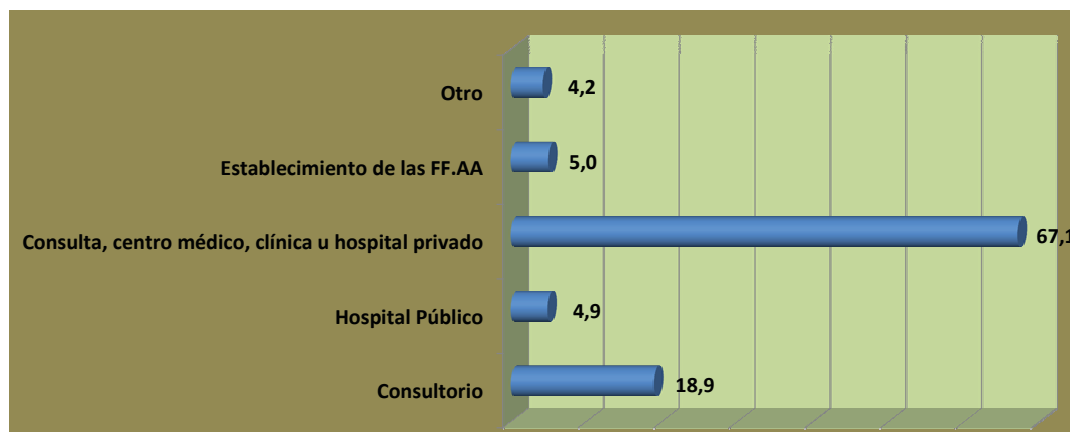


Figura 23: Tipos de establecimientos de atención dental en el grupo de personas que consultaron dentro de los 3 meses previos a la encuesta. CASEN 2011.

8.4 Controles de salud

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

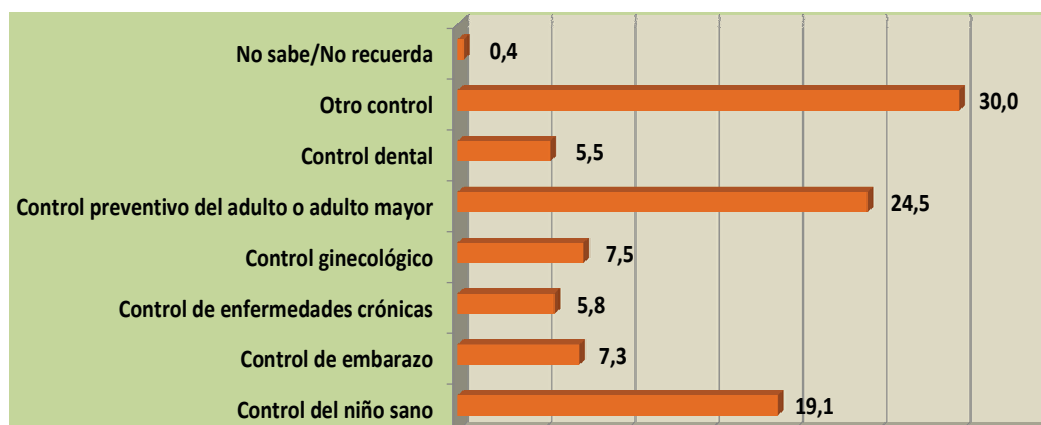


Figura 24: Tipo de controles a los que accede la población en el último trimestre. CASEN 2011.

8.5 Participación

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

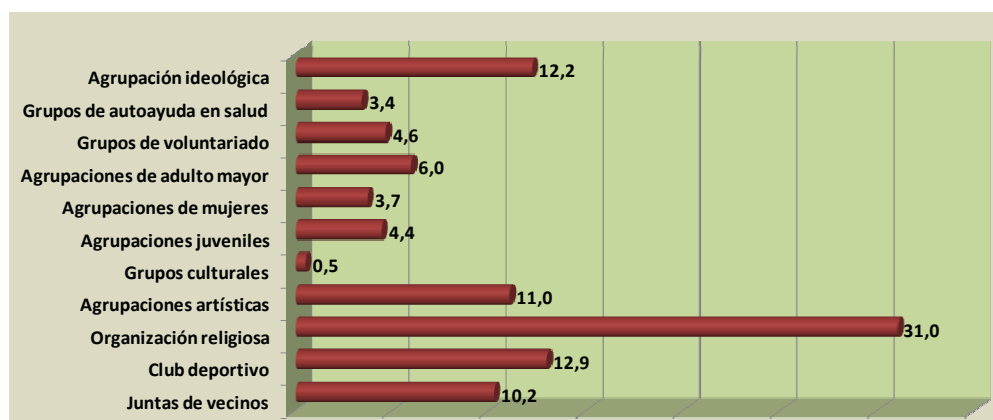


Figura 25: Tipo de agrupaciones en las que participa la comunidad. CASEN 2011.

SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL

De acuerdo a las Estadísticas del Servicio de Salud Metropolitano Central, la comuna de Santiago presenta una tasa natalidad y una tasa de mortalidad general por sobre la tasa nacional, lo que puede estar relacionado con la gran cantidad de población adulta mayor y la alta población en edad joven que reside en la comuna (Tabla 6).

Tabla 6: ESTADÍSTICAS VITALES- AÑO 2009

INDICADOR	País	Región	SSMC	Santiago
<i>Tasa de Natalidad (por 1000 NV)</i>	15,0	15,1	13,2	25,8
<i>Tasa de Mortalidad G (por 1000 hab.)</i>	5,4	5,0	4,0	8,5
<i>Tasa de Mortalidad infantil (por 1000 NV)</i>	7,9	7,1	6,7	6,3

En cuanto a las tasas de mortalidad infantil, la comuna de Santiago se destaca por presentar una baja tasa respecto a la tendencia nacional, lo que da cuenta de la buena cobertura de controles prenatales y del equipamiento hospitalario (Tabla 7).

Tabla 7: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSA (por 100.000 hab.)

Indicador (por cien mil NV)	País	Región	SSMC	Santiago
<i>Síndrome por muerte súbita</i>	36,7	46,7	20,2	22,6
<i>Malformaciones congénitas del corazón</i>	73,3	59,3	73,9	45,1
<i>Dificultad respiratoria del RN</i>	36,3	23,3	20,7	0,0

Al analizar las causas de mortalidad, es posible observar que a excepción del tumor maligno de estómago, la comuna de Santiago presenta una tasa de mortalidad por sobre la tendencia nacional en todas las causas referidas en la Tabla 8, siendo las principales causas de muerte en la comuna por enfermedades isquémicas del corazón y por enfermedades cerebrovasculares.

Tabla 8: TASA DE MORTALIDAD POR CAUSAS (por 100.000 hab.)

	<i>País</i>	<i>Región</i>	<i>SSMC</i>	<i>Santiago</i>
VIH/SIDA	2,6	2,9	3,1	8,7
Tumor maligno estómago	19,8	15,7	12,5	19,8
Tumor maligno pulmón	15,0	16,7	12,3	22,1
Tumor maligno próstata	10,4	9,4	6,2	16,3
Tumor maligno de mama	8,0	9,0	8,1	15,2
Diabetes Mellitus	19,2	20,7	18,1	30,3
Trastornos mentales Org.	13,2	16,2	13,2	31,5
Enf. hipertensiva	20,8	23,4	16,6	36,7
Enf. Isquémica corazón	43,1	38,5	30,8	74,0
Infarto agudo miocardio	32,1	28,4	21,2	47,8
Enf. cerebrovasculares	48,0	42,9	34,8	69,3
Neumonía	20,8	15,7	10,8	23,3
Cirrosis y otras enf. hígado	24,6	22,2	19,1	38,5

En cuanto a las enfermedades de notificación obligatorio, también la comuna destaca por una incidencia de casos que está por sobre la tendencia nacional y regional, especialmente en Tuberculosis, sífilis y Hepatitis B (Tabla 9). Una explicación para esto puede ser la población residente en la Ex penitenciaría de Santiago que alcanza a los 7.000 presos.

Tabla 9: ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA-2011 (por 100.000 hab)

ENFERMEDAD	País	Región	SSMC	Santiago
<i>TBC</i>	14,3	14,0	19,4	73,2
<i>Gonorrrea</i>	8,3	5,7	5,7	30,5
<i>Sífilis</i>	23,0	19,3	18,2	84,8
<i>Parotiditis</i>	5,5	4,7	3,6	9,2
<i>Tos ferina</i>	15,0	15,4	15,7	38,4
<i>Hepatitis B</i>	6,3	7,6	13,0	68,9
<i>Hepatitis C</i>	3,8	4,8	4,6	12,8
<i>Restos hepatitis</i>	4,2	4,0	2,6	6,7

1. INDICADORES DE SALUD, RED APS MUNICIPAL. JUNIO DE 2012

1.1. Población bajo control en la Red de Salud Municipal

A continuación se muestra el número de personas controladas por Programa de Salud. Debe tomarse en cuenta que una misma persona puede asistir a control por más de una condición crónica. Son el Programa de Salud Cardiovascular y el Programa del Adulto mayor los que tienen la mayor demanda para toda la Red. Respecto al año 2011 se observa una preocupante disminución en la población perteneciente a los programas de adulto mayor y de regulación de la fertilidad y un aumento en los inscritos al programa de Salud Mental.

Tabla 10: Número de pacientes bajo control según programa de salud

PROGRAMA DE SALUD	PACIENTES BAJO CONTROL JUN 2011	PACIENTES BAJO CONTROL JUN 2012
Programa de Salud Cardiovascular	14.802	14.461
Adultos mayores en control	9.442	7.593
Programa de regulación de fertilidad	6.295	5.481
Niños en control	4.944	4.782
Programa de Salud Mental	4.714	5.330
Mujeres en control de climaterio	1.977	2.770
Gestantes en control	612	546
Programa de Rehabilitación Física	211	351

En cuanto a los problemas de salud, la mayor demanda de pacientes bajo control corresponde a pacientes hipertensos y con dislipidemia. Respecto al año anterior, han aumentado significativamente los diagnósticos de dislipidemia, obesidad, tabaquismo y artrosis de cadera y rodilla.

Tabla 11: Número de pacientes bajo control por patología crónica, 2010. Fuente DISAL.

PATOLOGÍA CRÓNICA	PACIENTES BAJO CONTROL JUN 2011	PACIENTES BAJO CONTROL JUN 2012
Hipertensión	12.251	12.379
Dislipidemia	5.019	6.251
Diabetes Mellitus	4.207	4.774
Obesidad	3.560	4.179
Tabaquismo	2.067	2.850
Depresión	1.472	1.478
Trastorno de Ansiedad	1.116	1.285
Trastorno de personalidad	732	795
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas	384	497
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	332	341
Asma bronquial	325	392
Artrosis de cadera y rodilla	303	850
Postrado no oncológico	257	200
Epilepsia	116	128
Enfermedad de Parkinson	50	71
Oxígeno dependiente	22	19
Postrado oncológico	13	9
Prematuro menor 1500 grs. y menor de 32 semanas	7	1
Alivio del dolor	6	6
Fibrosis quística	2	1
Infección de transmisión sexual	1	0

1.2. Índices de Actividad de Atención Primaria. Septiembre de 2011

Tabla 12: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.

POLO	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años	Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	905	7474	12,1%	9,6%	15%
ORELLANA	262	2876	9,1%	9,3%	15%
VIEL	187	2555	7,3%	6,9%	15%
ARAUCO	223	2048	10,9%	8,3%	15%
TOTAL	1.577	14.953	10,55%	8,9%	15%

Tabla 13: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.

POLO	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años	Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	1.044	4.775	21,9%	17,3%	22%
ORELLANA	451	2.511	18,0%	16,3%	22%
VIEL	364	2.087	17,4%	11,9%	22%
ARAUCO	276	1.533	18,0%	14,8%	22%
TOTAL	2.135	10.906	19,6%	15,7%	22%

Tabla 14: Cobertura evaluación funcional del adulto de 65 años y más.

POLO	Nº de adultos de 65 y más años, con examen de funcionalidad vigente	Nº de adultos de 65 y más años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.815	7.772	36,2%	32,0%	40%
ORELLANA	1.797	5.342	33,6%	33,4%	40%
VIEL	886	3.624	24,5%	23,9%	40%
ARAUCO	787	2.622	30,0%	27,3%	40%
TOTAL	6.285	19.360	32,5%	30,1%	40%

Tabla 15: Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas.

POLO	Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control	Total de mujeres embarazadas ingresadas a control	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	411	594	70,0%	69,1%	80%
ORELLANA	106	167	63,5%	79,0%	80%
VIEL	86	107	80,4%	96,9%	80%
ARAUCO	75	108	69,4%	86,3%	80%
TOTAL	678	976	69,5%	75,4%	80%

Tabla 16: Cobertura de examen de salud del adolescente 10 a 14 años (aplicación ficha CLAP)

POLO	Nº de exámenes de salud realizados en adolescentes de 10 a 14 años con ficha CLAP	Población total adolescente 10 a 14 años inscrita	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	236	2.969	8,0%	4,2%	6%
ORELLANA	70	1.078	6,5%	7,4%	6%
VIEL	75	1.044	7,2%	3,3%	6%
ARAUCO	54	807	6,7%	4,8%	6%
TOTAL	435	5.898	7,4%	4,7%	6%

Tabla 17: Cobertura altas odontológicas totales en población menor de 20 años.

POLO	Nº de altas totales odontológicas en población menor de 20 años	Población total menor de 20 años	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.928	13.878	21,1%	16,4%	25%
ORELLANA	571	4.088	14,0%	15,1%	25%
VIEL	639	3.808	16,8%	24,1%	25%
ARAUCO	574	3.024	19,0%	14,0%	25%
TOTAL	4.712	24.798	19,0%	17,2%	25%

Tabla 18: 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 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	99	99	100,0%	100,0%	95%
ORELLANA	37	37	100,0%	100,0%	95%
VIEL	22	22	100,0%	100,0%	95%
ARAUCO	10	10	100,0%	100,0%	95%
TOTAL	168	168	100,0%	100,0%	95%

Tabla 19: Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.

POLO	Nº de personas con diabetes mellitus 2 bajo control de 15 y más años	Prevalencias estimadas	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.177	5.227	41,6%	39,1%	42%
ORELLANA	1.257	2.725	46,1%	45,0%	42%
VIEL	764	2.078	36,8%	37,3%	42%
ARAUCO	641	1.566	40,9%	34,6%	42%
TOTAL	4.839	11.596	41,7%	39,4%	42%

Tabla 20: Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.

POLO	Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años	Prevalencias estimadas	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	5.433	10.152	53,5%	57,7%	55%
ORELLANA	3.388	5.616	60,3%	65,8%	55%
VIEL	1.994	4.170	47,8%	48,9%	55%
ARAUCO	1.754	3.115	56,3%	56,6%	55%
TOTAL	12.569	23.053	54,5%	57,6%	55%

Tabla 21: Cobertura EDSM niños 12 a 23 meses.

POLO	Nº controles de EDSM niños 12 a 23 meses	Nº población infantil bajo control	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	418	506	82,6%	57,4%	85%
ORELLANA	107	156	68,6%	43,7%	85%
VIEL	58	107	54,2%	83,7%	85%
ARAUCO	65	92	70,7%	56,0%	85%
TOTAL	648	861	75,3%	57,9%	85%

Tabla 22: Tasa de visita integral.

POLO	Nº de visitas integrales realizadas	Nº de familias (población inscrita / 4)	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.185	10.667	0,20	0,19	0,25
ORELLANA	840	7.656	0,11	0,27	0,25
VIEL	652	4.502	0,14	0,16	0,25
ARAUCO	348	3.446	0,10	0,18	0,25
TOTAL	4.025	26.271	0,15	0,20	0,25

Tabla 23: Actividad con Garantía Explicita de Salud GES.

POLO	Nº casos GES con garantía cumplida	Nº de casos GES	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.229	2.229	100,0%	99,9%	100%
ORELLANA	890	890	100,0%	97,6%	100%
VIEL	774	775	99,9%	99,2%	100%
ARAUCO	487	487	100,0%	99,8%	100%
TOTAL	4.380	4.381	100,0%	99,6%	100%

A nivel de red, a la fecha ya se ha logrado cumplir con 3 indicadores IAAPS (Cobertura ficha CLAP, cobertura de Diabetes Mellitus y cobertura de Hipertensión Arterial). Además, respecto a la misma fecha del año anterior, se ve una mejora en 7 de los 12 indicadores. Los indicadores más débiles en relación al año anterior son:

- Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas
- Tasa de visita integral

Se deberá trabajar en acciones para el rescate de pacientes y sensibilización tanto en la comunidad como en el equipo de salud para lograr cumplir con ellos.

1.3. Metas sanitarias y de mejoramiento de la APS (Ley Nº 19.813). Septiembre de 2011

Tabla 24: 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 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	22	24	91,7%	57,1%	65%
ORELLANA	10	16	62,5%	50,0%	65%
VIEL	4	6	66,7%	100,0%	65%
ARAUCO	4	11	36,4%	40,0%	65%
TOTAL	40	57	70,2%	54,6%	65%

Tabla 25: Cobertura PAP.

POLO	Nº de mujeres 25 a 64 años inscritas con PAP vigente (informado) al 2011	Nº de mujeres con PAP vigente comprometidas para 2012.	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	6.753	8.093	83,4%	47,5%	100%
ORELLANA	3.097	3.089	100,3%	51,2%	100%
VIEL	2.145	2.351	91,2%	39,1%	100%
ARAUCO	1.784	1.904	93,7%	42,5%	100%
TOTAL	13.779	15.437	89,3%	46,0%	100%

Tabla 26: Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años.

POLO	Nº total adolesc. 12 c/alta odontológica total	Nº total adolesc. 12 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	577	560	103,04%	55,9%	70%
ORELLANA	83	200	41,50%	51,7%	70%
VIEL	40	222	18,02%	89,2%	70%
ARAUCO	127	159	79,87%	62,9%	70%
TOTAL	827	1.141	72,48%	62,3%	70%

Tabla 27: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.

POLO	N° embarazadas con alta odontológica integral	N° total embarazadas ingresadas (enero a septiembre 2011)	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	342	594	57,6%	56,8%	60%
ORELLANA	99	167	59,3%	92,4%	60%
VIEL	64	107	59,8%	72,9%	60%
ARAUCO	80	108	74,1%	49,0%	60%
TOTAL	585	976	60,0%	62,4%	60%

Tabla 28: Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.

POLO	N° total niños 6 años c/alta odontológica total	N° total niños 6 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	567	713	79,5%	57,2%	70%
ORELLANA	90	126	71,4%	54,1%	70%
VIEL	31	150	20,7%	100%	70%
ARAUCO	117	109	107,3%	75,0%	70%
TOTAL	805	1.098	73,3%	64,4%	70%

Tabla 29: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y mas con DM controlada (Meta Santiago incremento de 1% cobertura efectiva (HbA1c< 7%))

POLO	N° personas con diabetes de 20 y mas años bajo control compensados (HbA1c< 7)	N° de diabéticos de 15 años y más, estimados según prevalencia (15-64 años: 10%; 65 y más años:25%)	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	876	5227	16,8%	17,1%	18,4%
ORELLANA	536	2725	19,7%	10,6%	14,0%
VIEL	305	2078	14,7%	15,0%	16,5%
ARAUCO	257	1566	16,4%	12,6%	14,2%
TOTAL	1.974	11.596	17,0%	14,6%	18,2%

Tabla 30: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con HTA controlada (Meta Santiago incremento de 2% cobertura efectiva (PA < 1140/90 mm Hg))

POLO	N° de pacientes con HTA de 20 y mas años bajo control compensados (PA < 135/85 mm Hg)	N° HTA de 15 años y más, estimados según prevalencia (15-64 años: 15,7%; 65 y más años:64,3%)	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	3.305	10.152	32,6%	35,0%	38,2%
ORELLANA	2.223	5.616	39,6%	33,8%	44,2%
VIEL	1.301	4.170	31,2%	32,5%	35,6%
ARAUCO	1.108	3.115	35,6%	34,9%	38,7%
TOTAL	7.937	23.054	34,4%	34,2%	38,2%

Tabla 31: Mantener o disminuir el % promedio nacional de obesidad (de = 0 < a 9,4% en menores de 6 años bajo control).

POLO	N° de niños menores de 6 años obesos a dic.10	Población total de niños < 6 años bajo control	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	209	3.146	6,6%	6,5%	9,4%
ORELLANA	47	759	6,2%	6,2%	9,4%
VIEL	49	518	9,5%	6,2%	9,4%
ARAUCO	50	498	10,0%	6,8%	9,4%
TOTAL	355	4.921	7,2%	6,5%	9,4%

A nivel de red, en relación a la misma fecha del año anterior se han mejorado los cumplimientos en 7 de las 8 metas aquí presentadas. Incluso ya se ha logrado la meta en tres de los indicadores (Altas odontológicas de niños de 6 y 12 años y recuperación de niños con riesgo y retraso del desarrollo psicomotor).

1.4. Indicadores cuadro de mando integral. Julio a Septiembre de 2011

En 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 2012 es la siguiente:

Tabla 32: Aplicar Protocolo Neurosensorial al Mes de Vida

POLO	Aplicación protocolo neurosensorial al 1er mes de vida	N° niños de 28d a 2 meses que asisten a control en mes corriente	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	400	413	97%	49,3%	100%
ORELLANA	122	122	100%	31,9%	100%
VIEL	82	84	98%	63,3%	100%
ARAUCO	91	91	100%	45,2%	100%
TOTAL	695	710	98%	47,6%	100%

Tabla 33: Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses

POLO	N° de niños con aplicación EDP a los 8 meses	PBC niños 0-11 meses	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	353	529	67%	---	90%
ORELLANA	134	160	84%	---	90%
VIEL	78	95	82%	---	90%
ARAUCO	63	124	51%	---	90%
TOTAL	628	908	69%	---	90%

Tabla 34: Consejería breve de hábitos de vida saludable a padres de niños atendidos (controles y consultas) entre 0 y 10 años

POLO	N° de consejerías breves sobre hábitos de vida saludable a padres de niños entre 0 y 10 años	N° de niños atendidos (consultas y controles) entre 0 y 10 años	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	3.107	6.286	49%	30,3%	70%
ORELLANA	1.030	2.044	50%	45,6%	70%
VIEL	682	1.207	57%	34,5%	70%
ARAUCO	950	1.359	70%	59,9%	70%
TOTAL	5.769	10.896	53%	36,3%	70%

Tabla 35: Realizar visita domiciliaria integral a familias con niños con obesidad entre 1 a 6 años

POLO	Nº de niños con exceso con VDI	Nº de niños con obesidad	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	85	287	30%	1,9%	10%
ORELLANA	17	64	27%	8,6%	50%
VIEL	11	54	20%	10,5%	50%
ARAUCO	6	62	10%	1,4%	50%
TOTAL	119	467	25%	3,3%	50%

Tabla 36: Realizar consejería breve en tabaquismo a los adolescentes de 12 años que reciben alta odontológica en la Red de Salud Municipal (excluye compra de servicio).

POLO	Nº de altas odontológicas	Nº de consejerías breves tabaquismo	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	92	89	97%	100,0%	100%
ORELLANA	31	14	45%	12,5%	100%
VIEL	20	20	100%	33,3%	100%
ARAUCO	46	36	78%	33,3%	100%
TOTAL	189	159	84%	75,6%	100%

Tabla 37: Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años

POLO	Nº de altas odontológicas	Total 60 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	101	441	23%	12,4%	50%
ORELLANA	68	195	35%	14,0%	50%
VIEL	31	189	16%	10,5%	50%
ARAUCO	36	151	24%	9,0%	50%
TOTAL	236	976	24%	11,8%	50%

Tabla 38: Realizar ingreso a control prenatal con pauta psicosocial EPSA

POLO	Gestantes con EPSA	Gestantes ingresadas	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	561	603	93%	53,7%	100%
ORELLANA	167	170	98%	88,9%	100%
VIEL	105	108	97%	69,7%	100%
ARAUCO	107	110	97%	95,2%	100%
TOTAL	940	991	95%	66,3%	100%

Tabla 39: Mantener espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA

POLO	Nº de pacientes en programa era con espirometría anual vigente	Nº total de pacientes en programa ERA	CUMPLIMIENTO SEPT. 2012	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	174	314	55%	11,0%	6%
ORELLANA	118	288	41%	3,1%	6%
VIEL	47	133	35%	S/D	6%
ARAUCO	49	163	30%	6,7%	6%
TOTAL	388	898	43%	7,2%	6%

Tabla 40: Realizar examen baciloscopía a la población

POLO	Nº de baciloscopías tomadas	Nº de consultas por médico	Nº baciloscopías / 1000 consultas 2012	Nº baciloscopías / 1000 consultas 2011	META / 1000 consultas
DOMEYKO	781	18.415	42,4	1,0	60
ORELLANA	148	10.578	14,0	0,3	60
VIEL	167	7.935	21,0	0,1	60
ARAUCO	321	6.864	46,8	3,3	60
TOTAL	1.417	43.792	32,4	1,1	60

Ha sido difícil lograr el cumplimiento de estos indicadores, sin embargo, respecto a la misma fecha del año anterior, se ha logrado mejorar sustancialmente en 8 de los 9 indicadores propuestos.

1.5. Evaluación Plan de Acciones de Salud 2012

PRIORIDAD ALTA		PRIORIDAD MEDIA		PRIORIDAD BAJA	
----------------	--	-----------------	--	----------------	--

Ciclo Vital Infantil

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
NO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOS EN CONTROL SANO FALTA DE ACREDITACION Y CONTROL DE CALIDAD	Aplicar protocolo neurossensorial (PNS) al mes de vida.	N° de niñ@s que al control del 1 ^{er} mes se le aplique PNS / N° Total de controles de RN al mes por médico	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	MEJORAR REGISTROS INCLUIR PROTOCOLO EN PLAN DE INDUCCION REFORZAR INDUCCION	REM A 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 356/363=98% ORE: 114/114=100% VIE: 71/73=97% SVI: 84/84=100% RED: 625/634=99%
BAJA COBERTURA DE CONTROL SANO EN LAS EDADES SEÑALADAS LA COMUNIDAD NO TIENE CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PREVENTIVO	Fortalecer la cobertura de control de salud de los niñ@s con énfasis en el control de los 2 años 6 meses y a los 4 años 6 meses y extender Control Sano hasta los 9 años (7 años 2012, 8 años 2013 y 9 años 2014)	N° de niños de 2 años 6 meses de edad controlados / N° Total de niños entre 2 años y 2 años 11 meses bajo control x 100 N° de niños de 4 años 6 meses de edad controlados / N° Total de niños entre 4 años y 4 años 11 meses bajo control x 100 N° de niños de 7 años de edad controlados / N° Total de niños entre 7 años y 7 años 11 meses bajo control x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100% DOM: 80% ORE: 80% VIE: 80% SVI: 80% RED: 80% DOM: 70% ORE: 70% VIE: 70% SVI: 70% RED: 70%	CAPACITACION COMUNAL INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LOS CONTROLES SANOS RESCATE DE INASISTENTES PROTOCOLIZAR PAUTA CONTROL 7 AÑOS COORDINACION CON DEM	REM A-01 REM P2 REM A-01 REM P2 REGISTRO REZEBRA	DOM: 406/305=133% ORE: 115/85=135% VIE: 73/ 36=202% SVI: 91/ 50=182% RED: 685/476=207% DOM: 308/259=119% ORE: 111/61=182% VIE: 64/36=178% SVI: 82/41=200% RED: 565/397=142% DOM:26/36=72% ORE: 5/3 =167% VIE: 2/24 =8% SVI: 7/ 8=88% RED: 40/71=56%
NO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOS EN CONTROL SANO FALTA DE ACREDITACION Y CONTROL DE CALIDAD	Aplicar Pauta Breve (PB) en controles de niños cuando corresponda: 4 MESES 12 MESES 15 MESES 21 MESES	N° de niños con control sano de los 4 meses con PB aplicada / N° total de controles sano de 4 meses x 100 N° de niños con control sano de los 12 meses con PB aplicada / N° total	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100% DOM: 100% ORE: 100%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LOS CONTROLES SANOS RESCATE DE INASISTENTES INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LOS CONTROLES SANOS	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses REM A 01-03 Unidad de	DOM: 197/315=100% ORE: 67/112=100% VIE: 39/73=100% SVI: 40/90=100% RED: 343/590=100% DOM: = 99/99=100% ORE: =24/29=83%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
		de controles sano de 12 meses x 100	VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	RESCATE DE INASISTENTES	estadísticas. Cada 3 meses	VIE: =15/16=94% SVI: =15/15=100% RED: =153/161=95%
		N° de niños con control sano de los 15 meses con PB aplicada / N° total de controles sano de 15 meses x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LA IMPORTANCIA DE CADA CONTROL SANO E INVOLUCRARLOS EN EL RESCATE DE INASISTENTES.	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: = 99/99=100% ORE: =24/29=83% VIE: =15/16=94% SVI: =15/15=100% RED: =153/161=95%
		N° de niños con control sano de los 21 meses con PB aplicada / N° total de controles sano de 21 meses x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LA IMPORTANCIA DE CADA CONTROL SANO E INVOLUCRARLOS EN EL RESCATE DE INASISTENTES.		DOM: =29/101=29% ORE: =8/27=30% VIE: =3/15=20% SVI: =3/17=18% RED: =43/162=27%
BAJA COBERTURA DE EDP	Aumentar la aplicación de EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses	N° de niños con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP) en el control de salud de los 8 meses de edad / Total de niños y niñas de 8 a 11 meses bajo control) x 100	DOM: 90% ORE: 90% VIEL: 90% SVI: 90% RED: 90%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LA IMPORTANCIA DE ESTA EVALUACION. INVOLUCRAR EN EL RESCATE A TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO(ASIST.SOCIALES,TENS)	REM A 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 259/529=49% ORE: 96/160=60% VIEL: 57/95=60% SVI: 39/124=31% RED: 451/908=50%
	Aplicar EDP en controles sanos correspondientes a los 18 meses.	N° de niño@s con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP en el control de salud de los 18 meses de edad/Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100.	DOM: 90% ORE: 90% VIE: 90% SVI: 90% RED: 90%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LA IMPORTANCIA DE ESTA EVALUACION. INVOLUCRAR EN EL RESCATE A TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO(ASIST.SOCIALES,TENS)	REM A 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:72/506=14% ORE:19/156=12% VIEL:10/107=9% SVI: 12/92=13% RED: 113/861=13%
	Aplicar EDP en controles sanos correspondientes a los 24 meses.	N° de niño@s con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP en el control de salud de los 24 meses de edad/Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100.	DOM: 65% ORE: 65% VIE: 65% SVI: 65% RED: 65%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LA IMPORTANCIA DE ESTA INTERVENCION. RESCATE INASISTENTE (EQUIPO Y COMUNIDAD)	REM A 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:33/915=4% ORE:10/257=12% VIEL:11/109=9% SVI: 6/150=13% RED: 60/1431=4%
	Aplicar TEPSI en controles sanos correspondiente a los 3 años.	(N° de niño@s con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (TEPSI) en el control de salud a los 36 meses de edad/N° Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	DOM: 65% ORE: 65% VIE: 65% SVI: 65% RED: 65%	AMPLIAR RESCATE A INSTITUCIONES (JARDINES) CON ENTREGA DE CITACIONES ESCRITAS.	REM A 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:64/915=7% ORE:10/257=12% VIEL:12/109=9% SVI: 5/150=13% RED:199/1431=14%
FALTA DE PERSONAL CAPACITADO	Aplicar la Escala Massie y Campbell a madre e hijo, a los 4 y 12 meses que asisten a control de niño sano	(N° de niños y niñas que al control del cuarto mes se les aplica pauta de observación de la relación vincular/Total de niños y niñas de 28 días a 4 meses bajo control) x	DOM: Aumentar en un 10% la aplicación de pauta en el control de salud	-CAPACITACION DE TODO EL ESTAMENTO ENFERMERA. -GENERAR ESTRATEGIA DE TRABAJO CON LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE APEGO	REM A 01- 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:108/170=64% ORE:57/48=119% VIEL:42/84=50% SVI: 35/40=88% RED:242/342=71%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
		100 (N° de niños y niñas que al control del 12° mes se les aplica pauta de observación de la relación vincular / Total de niños y niñas del 5° al 12° meses bajo control) x 100	de los 4 y 12m de edad en relación a lo obtenido el 2011 ORE: 85% VIE: 85% SVI: 85% RED: 85% (aumentar 10% vs 2011)	DETECTADOS.		DOM:24/336=7% ORE:11/107=10% VIEL:9/151=6% SVI: 7/89=8% RED:78/683=11%
BAJA ADHERENCIA DE LOS PADRES A LOS TALLERES MALTRATO INFANTIL POCO PERSONAL CAPACITADO	Realizar Taller Nadie es Perfecto para madres, padres o cuidadores de niñ@s menores de 6 años	Realizar a lo menos 4 talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/o cuidadores de niñas(os) menores de 72m BC por establecimiento. Lograr que un 5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto	DOM: 2 ciclos ORE: 2 ciclos VIE: 2 ciclos SVI: 2 ciclos RED: 8 ciclos	CAPACITAR MAS PROFESIONALES DIFUNDIR LOS TALLERES SALA DE ESPERA, PAGINA WEB MOSTRAR EXPERIENCIA EXITOSA (MOTIVAR A LOS FUNCIONARIOS Y A LA COMUNIDAD)	REM A 27 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:3 ORE:1 VIEL:5 SVI: 0 RED:9 DOM:24/2695=0.8% ORE:11/740=1.4% VIEL:110/560=20% SVI: 0/494=0% RED:145/4489=3.2%
MALTRATO INFANTIL POCO PERSONAL CAPACITADO	Capacitar a Profesionales en Talleres Shantala para su implementación.	Capacitar a profesionales de la red de salud para la implementación y puesta en marcha de los Talleres de Shantala. Al menos 2 profesionales por Polo	DOM: 50% enfermeras capacitadas ORE: 50% enfermeras capacitadas VIE: 50% enfermeras capacitadas SVI: 50% enfermeras capacitadas RED: 50% enfermeras capacitadas	PLAN DE CAPACITACION	Cada Profesional informa a unidad de estadística sobre los asistentes a talleres en forma mensual.	-----
NO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOS EN CONTROL SANO	Realizar Visitas Domiciliarias a RN prematuros.	N° de RN prematuros con visitas domiciliarias/N° de RN prematuros x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	DISPONIBILIDAD DE VEHICULO. ESTABLECER VISITA POR PARTE DE VARIOS PROFESIONALES DEL EQUIPO INDISTINTAMENTE (NO SOLO MATRONAS)	REM A 26 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 11/3=367% ORE: 0/0=0% VIEL: 2/2=100% SVI: 0/0=0% RED: 13/5=260%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
MALTRATO INFANTIL	Realizar Visita Domiciliaria Integral a niños o niñas que presentan 2 o más factores de riesgo psicosocial para su desarrollo.	N° de niños y niñas con dos o más factores de riesgo que tienen visitas domiciliarias integrales / N° de niños y niñas con dos o más factores de riesgo pesquidados	DOM: 30% OR: 30% VIE: 30% SVI: 40% RED: 32%	DEFINIR LINEA BASE MEJORAR REGISTRO ESTADISTICO APLICAR PAUTA DE RIESGO A LOS 15 DIAS Y AL AÑO (AUMENTAR COBERTURA DE APLICACIÓN DE PAUTA) SOCIALIZAR META CON LOS EQUIPOS	REM 26 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 59/24=246% ORE: 7/18=39% VIEL: 2/15=13% SVI: 1/50=2% RED: 133/107=124%
FALTA DE CONTACTO CON FAMILIAS INTERVENIDAS FALTA DE SEGUIMIENTO DEL EQUIPO	Lograr la recuperación de niños pesquidados con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.	N° de niñas y niños con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor recuperados/N° de niñas y niños con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor x100	DOM: 70% ORE: 70% VIE: 70% SVI: 70% RED: 70%	SEGUIMIENTO INDIVIDUAL DE CASOS CON PROFESIONAL RESPONSABLE USO FICHA CLINICA DE SALA ESTIMULACION INTERSECTORIALIDAD: INTERCAMBIO DE INFORMACION CON DIDECO, FMLIAS PUENTES, ETC	REM A 03- Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 78% ORE: 56% VIEL: 80% SVI: 40% RED: 65%
	Realizar Visita Domiciliaria Integral con estudio de familia a los niños y niñas menores de 4 años con déficit en su DSM.	N° de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales / Total de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	ENFERMERA PRESENTA EN REUNION DE EQUIPO A LOS DEFICIT DIAGNOSTICADOS PLANIFICACION DE 1ª VISITA DE EVALUACION Y 2ª VISITA DE CONTROL.	REM A 26 REM P2 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 11/48=23% ORE: 9/14=64% VIEL: 8/4=200% SVI: 15/10=150% RED: 43/73=59%
OBESIDAD INFANTIL	Realizar consulta nutricional al quinto mes de vida, con refuerzo en LME.	N° de niñ@s con consulta individual o grupal nutricional al quinto mes de vida / N° Total de niñ@s en control menor de un año (niños de 6 a 11 meses) x 100	DOM: 80% ORE: 80% VIE: 80% SVI: 80% RED: 80%	DETERMINAR LINEA BASE DIFUNDIR IMPORTANCIA DE ESTE CONTROL FOLLETO, TV EN SALA DE ESPERA. RESCATE INASISTENTES.	REM A 01 y P2 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 94/245=38% ORE: 90/79=114% VIEL: 3/68=4% SVI: 32/62=52% RED: 219/454=48%
	Realizar consulta nutricional a los 3 años y 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludable.	(N° de niños de 3 años y seis meses con consulta nutricional/N° Total de niñ@s de 3 a 4 años bajo control) x 100	DOM: 40% ORE: 60% VIE: 60% SVI: 60% RED: 50%	DIFUNDIR LA IMPORTANCIA DEL CONTROL EN LA COMUNIDAD. RESCATE INCLUYENDO CITACIONES EN INSTITUCIONES(JARDINES) DISEÑO Y ENTREGA A LOS PADRES DE INFORMATIVO DE EDADES DE CONTROL SANO HASTA LOS 7 AÑOS, RELEVANDO LO MÁS IMPORTANTE DE CADA EVALUACION.	REM A 01 y P2 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 51/846=6% ORE: 13/220=6% VIEL: 15/109=14% SVI: 26/137=19% RED: 105/1312=8%
	Realizar consejería a familias de niños y niñas con obesidad	N° de familias de niñas y niños obesos con consejería / N° de	DOM: 100% ORE:50	REALIZACION Y REGISTRO DE CONSEJERIA EN PRIMERA	REM A 19 Unidad de	DOM:12/209=6% ORE: 0/47=0%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
		familias de niñas y niños obesos bajo control x 100 Línea base de cobertura	VIE: 50% SVI: 50% RED: 75%	INTERVENCION NUTRICIONAL. DIFUNDIR LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION NUTRICIONAL EN LA POBLACION INFANTIL (COMUNIDAD, INST. EDUCACIONALES) ENFATIZAR EN LA DERIVACION DEL RESTO DEL EQUIPO, A NIÑOS Y NIÑAS CON MALNUTRICION.	estadísticas. Cada 3 meses	VIEL:15/49=31% SVI: 0/50=0% RED: 27/355=8%
	Realizar Visita Domiciliaria Integral a familias de niños obesos menores de 6 años	N° de familias de niñas y niños obesos con visita / N° de familias de niñas y niños obesos x 100 Línea base de cobertura	DOM: 10% ORE:50% VIE: 50% SVI: 50% RED: 30%	PRESENTACION AL EQUIPO DE LOS OBESOS <6 AÑOS. VISITA POR EQUIPO DE SALUD CON DISCUSION Y PLAN DE ACCION (INCLUIR EN ACTIV. FÍSICA LOCAL O INTERSECTORIAL	REM A 26-P2 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:26% ORE: 27% VIEL:20% SVI:8% RED:23%
	Evaluar y fomentar la lactancia materna exclusiva en todos los controles de salud de niños menores de 6 meses.	N° de evaluación de LME en los controles de salud de niños menores de 6 meses/N° de controles de salud de niños menores de 6 meses x100	DOM: 90% ORE: 80% VIE: 80% SVI:70% RED: 83%	DIFUNDIR EN COMUNIDAD REAFIRMAR EN CADA CONTROL PRENATAL Y DE NIÑO SANO ENTREGAR EXPLICITAMENTE VENTAJAS DE LME EN 1° CONTROL DE NIÑO SANO TRABAJAR TEC DE LM EN CLINICA LACT Y CADA CONTROL	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:66/182=36% ORE:19/67= 28% VIEL:7/26=27% SVI:4/24=17% RED:96/299=32%
ALTOS INDICES DE CARIES EN LA POBLACION INFANTIL	Aplicar pauta bucodentaria para niños de 18 meses.	(N° de niñ@s de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / N° Total de niños/s de 12 a 23 meses que asisten a control de salud) x 100	DOM: 80% ORE:80% VIE: 80% SVI:80% RED: 80%	CAPACITACIÓN ESTAMENTO ENFERMERAS	REM A 01 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	-----
	Realizar control de salud de los 3 años y 6 meses, con aplicación de pauta bucodentaria por nutricionista.	N° de niños de 3 años y 6 meses con pauta bucodentaria aplicada por nutricionista/N° de niños de 3 años y 6 meses bajo control x100	DOM:40% ORE: 30% VIE: 30% SVI:30% RED: 35%	APLICACIÓN Y CORRECTO REGISTRO DE LA PAUTA AL 100% DE LOS NIÑOS QUE SE REALIZAN DICHO CONTROL. COMUNICACIÓN PERMANENTE CON LA COMUNIDAD PESQUISA A TRAVES DE REZEBRA(COMPROBACION DE DATOS)	REM A 01 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	-----
	Mantener la cobertura de altas odontológicas integrales en niñ@s de 6 años inscritos	(N° de niñ@s de 6 años con alta odontológica total/N° Total de niñ@s de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100	DOM: 70% ORE:70% VIE: 70% SVI:70%	RESCATE INASISTENTES. DERIVAR DE CONTROL SANO 6 AÑOS A DENTAL Y VICEVERSA. DIFUNDIR ESTA INTERVENCION A	REM A 09 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:567/737=77% ORE:90/162=56% VIEL:31/142=22% SVI:117/154=76%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
			RED: 70%	LA COMUNIDAD Y CENTROS EDUCACIONALES		RED:805/1195=67%
	Mantener la cobertura de altas odontológicas integrales en niñ@s de 2 y 4 años inscritos	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/Nº Total de niñ@s de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100 (Nº de niñ@s de 4 años con alta odontológica total/Nº Total de niñ@s de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100	DOM: 30% ORE: 30% VIE: 30% SVI: 20% RED: 28% DOM: 35% ORE:30% VIE:30% SVI:25% RED: 31%	DIFUNDIR EN LA COMUNIDAD LAS EDADES PRIORITARIAS PARA ALTAS ODONTOLOGICAS. DERIVACION DE CONTROL SANO A DENTAL Y VICEVERSA RESCATE DE INASISTENTES. APOYO JUNAEB	REM A 09 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:262/958=27% ORE:38/241=16% VIEL:37/168=22% SVI:51/144=35% RED:388/1511=26% DOM:279/842=33% ORE:65/236=28% VIEL:166/182=91% SVI:=42/148=28% RED:552/1408=39%
BAJA DETECCION MALTRATO INFANTIL	Consulta Médica para Diagnóstico de niñas y niños con sospecha de maltrato infantil y/ o abuso sexual.	(Nº de niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de maltrato infantil que reciben consulta médica para diagnóstico/Nº Total niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de maltrato infantil) x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	TRABAJAR EN EQUIPO LA IMPORTANCIA Y OBLIGACION DE LA DERIVACION. VERIFICACION POR PARTE DEL DERIVADOR DE LA REALIZACION DE LA CONSULTA MÈDICA. ANALISIS DE CASO Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, EN REUNION DE EQUIPO.	REM 04-05 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:5/11=45% ORE:2/6=33% VIEL:1/10=10% SVI:=1/15=6% RED:9/42=21%
	Aplicación de instrumento de detección de maltrato infantil en control de salud de los dos años.	(Nº niños que en sus controles de salud de los dos años son evaluados para detección de maltrato infantil y/o abuso sexual/Total de niñ@s de 24 a 47 meses bajo control) x100	DOM: 80% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 90%	RESCATE INASISTENTES A ESTE CONTROL APLICACIÓN DE PAUTA AL TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A ESTE CONTROL.	REM A 08 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	-----
	Realizar visita domiciliaria integral a familias con niñ@s con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual	(Nº de familias de niñ@s menores de 6 años bajo control con diagnostico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben VDI / Nº Total de familias de niñ@s menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual) x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	1ª VISITA EN DETECCION DE CASO. VISITAS DE SEGUIMIENTO SEGÙN EVOLUCION DE CASO INTERSECTORIALIDAD VINCULO DIRECTO CON INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN CASO(REALIZAR VISITAS REQUERIDAS)	REM A26 - P6 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:5/10=50% ORE:0/5=0% VIEL:0/=0% SVI:=1/14=7% RED:6/38=16%
	Realizar intervención psicosocial a la familia de niñ@s con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual.	(Nº de familias de niñ@s menores de 6 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben al menos una intervención psicosocial familiar/ Nº Total de familias de	DOM: 90% ORE: 90% VIEL: 90% SVIC:90% RED: 90%	REALIZAR INTERVENCION SOCIAL EN TODAS LAS FAMILIAS QUE LA SITUACION LO PERMITA.	REM A 19 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM:2/10=20% ORE:1/5=20% VIEL:1/9=11% SVI:=1/14=7% RED:5/38=13%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
		niñ@s menores de 6 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual) x100				
	Mantener consulta médica de niñ@s con Trastornos Hipercinéticos y SDA	(N° de niñas/s con sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención que reciben consulta médica para diagnóstico / N° Total de niñas/s derivados por sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención) x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	CONSULTA MÉDICA A TODOS LOS CASOS DETECTADOS POR EQUIPO O DERIVADOS DE INSTITUCIONES EDUC. DERIVACION A COSAM CON PAUTA DE EVALUACION (ESTABLECIDA EN LA RED)	REM A 04-05 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	-----
DEFICIENTE TRABAJO INTERSECTORIAL	Generar relaciones fluidas con los establecimientos de cuidado infantil y educacionales de la Comuna de Santiago que permitan trabajar de manera conjunta en la promoción de ambientes familiares y sociales saludables.	Reuniones con directores y/o representantes de establecimientos de cuidado infantil y educacional.	DOM: Realizar al menos 1 capacitación en el tema, en todas las escuelas saludables. ORE: Generar una alianza estratégica con 1 Establecimiento educacional por sector del Polo. VIE: Generar una alianza estratégica con 1 Establecimiento educacional por sector del Polo. SVI:50% Establecimientos RED: Al menos 1 alianza por sector	INCLUIR SESION DE CAPACITACION CON APODERADOS Y EDUCADORES DE LAS ESCUELAS SALUDABLES(SE ESTA TRABAJANDO EN TEMAS NUTRICIONALES)	Notificación vía boletín informativo de la Red.	DOM:54 reuniones de gestión ORE:6 reuniones de gestión VIE:42 reuniones de gestión SVI:=22 reuniones de gestión RED:124 reuniones de gestión
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR MALTRATO INFANTIL FALTA DE APEGO FALTA DE ESPACIOS COMUNITARIOS BAJO COMPROMISO DE	Promover espacios de encuentro (talleres y charlas) de padres donde se aborden temáticas que sean de interés y preocupación respecto a la crianza de sus hijos, facilitando y promoviendo la generación de mecanismos de resolución de conflictos,	N° de establecimientos educacionales pre-escolares y escolares donde se realizan talleres con padres y/o apoderados/N° total de establecimientos educacionales pre-escolares y escolares de la Comuna.	DOM: 2 encuentros anuales en 1 centro educacional por sector ORE: Una charla y/o taller Semestral en un	COORDINACION Y PROGRAMACION DE DICHOS ENCUENTROS EN COLEGIOS INTERVENIDOS POR SECTORES. 1ª ENCUENTRO DE EVALUACION Y DEFINICION DE TEMATICAS PARA ABORDAR. 2ª ENCUENTRO EDUCATIVO AL RESPECTO.	Informe a encargado de Promoción de la Dirección de Salud.	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
LA COMUNIDAD CON LOS TEMAS DE SALUD INTEGRAL	manejo de estrés, alimentación saludable, etc.		Establecimiento educacional asignado por sector del Polo. VIE: Una charla y/o taller Semestral en un Establecimiento educacional asignado por sector del Polo. SVIC:20% RED: 20%			
	Generar en los equipos de salud mayor conocimiento en materias relacionadas con maltrato infantil, protección a los derechos del niño, niña o adolescentes, modelos de intervención en vulneración de dichos derechos, etc.	Catastro a Marzo 2011 de instituciones gubernamentales, fundaciones, ONGs, etc. que trabajen e intervengan en materia de niños, niñas y adolescentes dentro y fuera de la Comuna de Santiago.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	DEFINICION Y DIVULGACION DE CATASTRO EN EQUIPO DE SALUD	Entrega de Catastro a Dirección de Salud.	-----
		Realizar trimestralmente reuniones con diferentes organismos gubernamentales y/o no gubernamentales que trabajen materias relacionadas con niños, niñas y adolescentes	DOM: Participación en reuniones de al menos 1 integrante del polo(al 100% de las reuniones) ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	GENERAR REUNIONES POR PARTE DE ENCARGADO DE PROMOCION DE POLO. ASISTIR A LAS CONVOCADAS POR INSTITUCIONES INTERSECT. Y/O REFERENCIAS TEC. DE LA RED.	Actas de reuniones realizadas, las cuales deberán ser enviadas a las directoras de cada Polo y Dirección de Salud.	DOM: 0 reunión intersector ORE: 0 reunión intersector VIEL: 0 reunión intersector SVI:=0 reunión intersector RED: 0 reunión intersector (REM 19b)
		Capacitar a los equipos de salud en materias como abuso infantil, protocolos de intervención y de derivación, maltrato entre otras.	DOM: 60% ORE: 50% VIE: 50% SVI: 100% RED: 63%	GENERAR CAPACITACIONES INTERNAS CON APOYO INTERSECTORIAL. PLAN DE CAPACITACION	Certificados de capacitación.	-----
BAJA COBERTURA FALTA DE VACUNATORIOS	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad y de la vacuna trivirica a los 12 meses de edad.	(N° de niños vacunados con Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad /Nº Total de niños de 6 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100 (N° de niños vacunados con trivirica	DOM: Cobertura comunal de vacunación no inferior al 50% ORE: No < a 75% VIE: No < a 95% SVI: No < a 95%	RESCATE INASISTENTES. DIFUSION A LA COMUNIDAD DE PNI Y SU IMPORTANCIA.	REM 13 REM 14	DOM:383/734=52% ORE: 91/175=52% VIEL: 65/124=52% SVI:= 54/102=52% RED: 593/1135=52% DOM:336/734=46%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
		los 12 meses de edad con/Nº Total de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	RED: No < a 69%			ORE: 80/175=46% VIEL: 56/124=46% SVI:= 47/102=46% RED: 519/1135=46% (Se utilizó pob insc < 1 año)
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Derivación a radiografía de caderas.	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/Total de niños y niñas bajo control de 3 meses de edad) x100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	DERIVAR A RX DE CADERAS A LA TOTALIDAD DE LOS NIÑOS BAJO CONTROL. DERIVAR EN CONTROL 2 MESES(DAR ORDEN CON FECHA A REALIZAR) RESCATE DE INASISTENTES.	Registro Unidad de Estadística	DOM: 406/496=88% ORE: 137/144=95% VIEL: 83/235=35% SVI:= 98/127=77% RED: 724/1002=72% (Se utilizó pob BC < 1 año)

Ciclo Vital Adolescente

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
ALTO INDICE DE CRIES EN POBLACION ADOLESCENTE	Mejorar la cobertura de la consulta odontológica integral a niños de 12 años.	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x 100.	DOM: 70% ORE: 70% VIE: 70% SVI: 70% RED: 70%	RESCATE Y DIFUSIÓN INCLUYENDO CENTROS EDUCACIONALES, ESPACIO AMIGABLE.	REM 09.	DOM: 577/560=103% ORE: 83/200=42% VIEL: 40/222=18% SVI:= 127/159=80% RED: 827/1141=72%
ALTO INDICE DE TABAQUISMO EN POBLACION ADOLESCENTE	Realizar Consejería Breve en Tabaquismo a los adolescentes de 12 años que reciben alta odontológica.	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo/Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total x 100.	DOM: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZACIÓN Y CORRECTO REGISTRO DE DICHA INTERVENCIÓN EN CONSULTA DE ALTA.	REM 09	DOM: 78/81=96% ORE: 9/26=35% VIEL: 16/16=100% SVI:= 21/31=68% RED: 124/154=81%
BAJA COBERTURA DE EXAMEN PREVENTIVO EN POBLACION ADOLESCENTE	Realizar el Control de salud preventivo anual del adolescente, según protocolo ficha CLAPS.	Nº de control de salud preventivo anual del adolescente/Nº total de adolescentes inscritos por 100	DOM: 8% ORE: 10% VIEL: 30% SVI:15% RED: 13%	DIFUSIÓN EN LA COMUNIDAD Y CENTROS EDUCACIONALES. ESPACIO AMIGABLE CON RECEPCIÓN INMEDIATA DERIVACIÓN DE OTROS PROFESIONALES Y UNIDADES RESCATE DE BASE DE DATOS	REM 02 Examen Medicina Preventiva	DOM: 246/6370=% ORE: 114/2198=% VIEL: 91/2191=% SVI:= 87/1776=% RED: 538/12535=%
	Establecer un sistema de registro y control del Adolescente				Tarjetero de control del Adolescente.	
	Derivar a otros profesionales de acuerdo a los problemas de salud detectados.	Adolescentes con problemas de salud son derivados a otros profesionales.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100%	TODOS LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMA DE SALUD DETECTADOS SON DERIVADOS AL	REM 04 B	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	Consejería individual.		SVI:100% RED: 100%	PROFESIONAL CORRESPONDIENTE. ESTABLECIMIENTO DE SISTEMA DE SEGUIMIENTO		
	Taller grupal relacionado con temas preventivos.	Taller semestral de 2 sesiones por centro de salud.	DOM: 2 por sector anual (1 por semestre) ORE: 2 talleres VIE: 2 talleres SVI: 2 talleres anuales RED: 8 talleres	RECOGER TEMAS PRIORITARIOS DE LA COMUNIDAD. REALIZACIÓN DE PLAN DE ACCIÓN	REM 19 B. 2	-----
	Realización de “tardes jóvenes” en cada centro de salud.	“Tardes jóvenes” una vez al mes por centro. Establecer línea base	DOM: 100% ORE: 100% VIE:100% SVI: 100% RED: 100%	ESPACIO AMIGABLE FUNCIONANDO 3 VECES POR SEMANA EN CESFAM.	Rem 19 Registro Nº de adolescentes participantes en actividades del consultorio por parte del Jefe de Sector o Estación. Nº de horas destinadas de los profesionales a trabajo intersectorial, comunitario y territorial, incluidas las tardes jóvenes.	-----
ALTO CONSUMO DE OH Y DROGAS EN ADOLESCENTES	Entregar tratamiento integral (intervención preventiva o terapéutica) y derivar a tratamiento de consumo de alcohol y drogas a centro especializado de acuerdo a complejidad (por ejemplo, COSAM)	Nº de adolescentes entre 10 y 19 años detectados con consumo riesgoso de alcohol y drogas que reciben tratamiento integral o son derivados/Nº total de adolescentes entre 10 y 19 años detectados con consumo de alcohol y drogas *100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZAR INTERVENCION AL TOTAL DE LOS ADOLESC. DETECTADOS, SEGÚN PUNTAJE DE PAUTA. DERIVACION A COSAM SEGÚN PROTOCOLOS DIFUSION Y TRABAJO PREVENTIVO CON LA COMUNIDAD, INSTITUCIONES EDUC. Y DEMÁS INSTANCIAS DE PARTICIPACION.	REM A 04	DOM: 1/1=100% ORE: 2/2=100% VIE: 0/0=0% SVI:= 6/6=100% RED: 9/9=100%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	Aplicar Audit en el Control de salud anual del adolescente, realizado por enfermera, según protocolo.	Nº de adolescentes entre 10 y 19 años, con Audit en control de salud anual/Nº total de adolescentes entre 10 y 19 años con control de salud anual* 100	DOM: 100% de los que asisten a exam preventivo. ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZAR AUDIT EN TODAS LS CLAP REAIZADAS APLICACIÓN EN OTRAS INSTANCIAS DE ATENCION (MORB, CONTROLES CR.)	REM A 02	DOM: 41/41=100% ORE: 16/16=100% VIEL: 16/16=100% SVI:= 25/25=100% RED: 98/98=100%
	Realizar estudios de familia estudio de familia a jóvenes entre 10 y 19 con consumo problemático de alcohol y drogas.	Nº de adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas que tienen estudio de familia / Nº total de detectados adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas	DOM: 50% de los detectados ORE: 10% VIE: 10% SVI: 100% RED: 45%	DISCUTIR CASOS EN EQUIPO. REALIZAR INTERVENCIONES FAMILIARES Y SEGUIMIENTO DE CASOS EN COORDINACION CON EL EQUIPO QUE REALIZA LA INTERVENCION INDIVIDUAL.	REM 6 Incorporar este registro en REM	-----
	Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol y drogas.	(Nº de adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 que reciben intervención preventiva/ Nº total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZAR INTERVENCION PREVENTIVA BREVE A TODOS LOS CASOS DETECTADOS, POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE PESQUISA.	REM 6 O en registro de asistente social según protocolo.	DOM: 1/41=2.4% ORE: 1/16=6.2% VIEL: 0/16=0% SVI:= 6/25=24% RED: 8/98=8.2%
	Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que son derivados (según Protocolo a COSAM E. Central a la fecha) a tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº total de adolescentes inscritos derivados.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	DERIVACION A TODOS LOS DETECTADOS, SEGÚN PROTOCOLO.	REM6 P6 NO SIGGES A LA FECHA.	-----
	Derivación efectiva de adolescentes con síntomas de sospecha primer brote de esquizofrenia a nivel secundario.	Nº de Adolescentes inscritos con sospecha de primer brote de EQZ derivados son evaluados por psiquiatra/Nº total de adolescentes inscritos con diagnóstico de sospecha de primer Brote EQZ.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	DERIVACION INMEDIATA A CSSBA(AUGE)	REM 6 P6	-----
CUMPLIMIENTO GES	Tratamiento Integral a Adolescentes de 10 años y más con Dg. de Depresión leve, moderada.	Nº de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión leve moderada en tratamiento / Total de adolescentes con diagnóstico de depresión leve moderada x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	INICIAR TTO, DERIVAR Y/O REALIZAR SEGUIMIENTO A TODOS LOS ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS.	SIGGES REM 06 y P6	No se tiene el denominador
	Derivación a especialidad de psiquiatría a aquellos Adolescentes de 15 años y más con Dg. De depresión en	Nº de adolescentes mayores de 15 años derivados por depresión en fase psicótica, refractaria o con alto riesgo suicida y Trastornos Bipolar,	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100%	DERIVACION Y SEGUIMIENTO	SIGGES REM 6 P6	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	fase psicótica; depresión refractaria o con alto riesgo suicida (según guía clínica ges) y Trastornos Bipolar.	en tratamiento por especialista/Nº de adolescentes detectados por depresión en fase psicótica, refractaria o con alto riesgo suicida y Trastornos Bipolar x 100	RED: 100%			
	Visita Domiciliaria Integral y/o consejería familiar a adolescentes con depresión y síntomas presuntivos de un primer brote de EQZ para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda según guía clínica GES.	Nº de familias con adolescentes de 14 años y más con depresión y/o con sospecha de primer brote de EQZ reciben VDI y/o Consejería familiar, EF/Nº total de familias de adolescentes de 14 años y más en tratamiento por depresión o primer brote de EQZ x 100)según corresponda	DOM:60% ORE: 50% VIE: 50% SVI:100% RED: 63%	ANALISIS EN EQUIPO MANTENER RELACION CON EQUIPO TRATANTE 2º PARA PALNIFICAR ACCIONES	REM6 P6 IMPLEMENTARLO	-----
MALTRATO EN ADOLESCENTES FALLA EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Pesquisa, diagnóstico y derivación a especialidad de nivel secundarios (según protocolo - implementar) de adolescentes víctimas de maltrato.	Nº total de adolescentes víctimas de Maltrato, tratados según protocolo / total de adolescentes víctimas de Maltrato	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	DERIVACION INMEDIATA A MEDICINA GRAL Y PSICOLOGA	REM 6 P6	Se desconoce el numerador
FALTA DE COORDINACION INTERSECTORIAL CON EDUCACION BULLYING	Entregar herramientas básicas de prevención y promoción de Salud Mental en colegios municipales de la comuna de Santiago.	Talleres o charlas a profesores, padres o alumnos de establecimientos educacionales municipalizados de la comuna de Santiago, 3 por POLO.	DOM: 3 colegios saludables ORE: 2 por sector VIEL: 1 por sector SVI:1 semestral RED: 18 talleres	REALIZAR AL MENOS UNA INTERVENCION EN ESTA MATERIA EN LOS COLEGIOS SALUDABLES DEL POLO.	PLANILLA PRAPS DE S.M. REM 19 REM 27	DOM: 3 ORE: 2 VIEL: 1 SVI:= 1 RED: 7
OBESIDAD EN ADOLESCENTES	Realizar consulta nutricional a adolescente con malnutrición por déficit.	Nº adolescentes con malnutrición por déficit que reciben consulta nutricional/Nº total de adolescentes con malnutrición por déficit x 100. Generar línea de base	DOM: 100% ORE: 100% VIEL: 100% SVIC:100% RED: 100%	DERIVACION Y SEGUIMIENTO DE CASO RESCATE	REM A 04	-----
	Realizar consulta nutricional a adolescente con malnutrición por exceso.	Nº adolescentes con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional/Nº total de adolescentes con malnutrición por exceso x 100. Generar línea de base	DOM: 60% de los derivados por ficha clap ORE: 80% VIEL: 100% SVIC:80% RED: 73%	DERIVAR A TODOS LOS DETECTADOS SEGUIMIENTO DE LOS INASISTENTES A CONSULTA NUTRI RESCATE	REM A 04	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	Hacer un manejo integral del adolescente con trastornos alimentarios (ingreso médico, consulta nutricional, consejería individual y familiar, consulta psicológica y derivación a nivel secundario según requerimientos).	Nº adolescentes con trastornos alimentarios que reciben manejo integral / Nº total de adolescentes con trastornos alimentarios x 100. Generar línea de base	DOM: 40% de los derivados por ficha clap ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 70%	DERIVAR A TODOS LOS DETECTADOS SEGUIMIENTO DE LOS INASISTENTES A CONSULTA DE DIFERENTES PROFESIONALES RESCATE	REM 07 –A REM 19	-----
EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ETS	Consejería en salud sexual y reproductiva (SSR) en las distintas etapas del desarrollo de los y las adolescentes, más regulación de la fertilidad.	Nº de consejerías en SSR realizadas a adolescentes en el año 2010 / Nº total de adolescentes inscritos años 2010 X 100.	DOM: Aumentar en 20% cobertura 2011 ORE: Aumentar en 10% cobertura 2011 VIE: Aumentar en 10% cobertura 2011 SVI: aumentar en un 10% cobertura 2011 RED: Aumentar en 15% vs 2011	REALIZAR CONSEJERIA A TODOS LOS EVALUADOS EN ESPACIO AMIGABLE Y A TODOS LOS QUE SE REALIZA FICHA CLAP. REALIZAR CONSEJERIA EN OTRAS CONSULTAS(MORB, CONTROLES) DEFINIR LINEA BASE	REM 19 Salud sexual reproductiva	DOM: 51/6370=0.8% ORE: 13/2198=0.6% VIEL: 21/2191=1% SVI:= 63/1776=3.5% RED: 152/12535=1.2%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH24	Nº de gestantes que aceptan realizarse el test VIH que reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA / Nº total de gestantes que aceptan realizarse el test VIH	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZAR A TODAS LAS GESTANTES CON INDICACION VIH	REM A11 REM A19	DOM: 3/73=4.1% ORE: 0/25=0% VIEL: 0/16=0% SVI:= 14/20=70% RED: 17/124=13.7%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas adolescentes en control acceden a tamizaje para sífilis	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI.100% RED: 100%	CUMPLIR CON SCREENING PROTOCOLIZADO	REM - A05	-----

Ciclo Vital Adulto

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	A. Entregar Consejería en salud sexual y reproductiva a quienes soliciten servicios de regulación de fertilidad.	Nº de personas que reciben consejería en salud sexual y reproductiva/Nº total de personas que soliciten servicios de regulación de la fertilidad *100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% de la demanda SVI:100% RED 100%	APLICAR LA NORMATIVA VIGENTE DEL PROGRAMA DE LA MUJER	(REM P 01).REM 19.	DOM: 313/2251=13.9% ORE: 99/930=10.6% VIEL: 45/864=5.2% SVI:= 702/743=95% RED: 1159/4788=24%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Dar atención preconcepcional a mujeres en edad fértil según normas vigentes.	Nº personas que reciben control preconcepcional/nº total de personas que los solicitan control x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100 % SVI:100% RED: 100%	DERIVACION A MATRONA / GINE PARA CONTROL PC A MUJERES QUE LO SOLICITAN	REM A01	DOM: 41/41=100% ORE: 28/28=100% VIEL: 8/8=100% SVI:= 10/10=100% RED: 87/87=100%
FALTA DE DETECCION DE DEPRESION POST PARTO	Aplicar la Escala de Edimburgo a las madres de niños de 2 y 6 meses que asisten a control de niño sano	Nº de madres de niños de 2 y 6 meses con Escala de Edimburgo aplicada en control de niño sano/Nº de madres de niños de 2 y 6 meses que asisten a control de niño sano x100	DOM: 80% ORE: 90% VIE: 90% SVI: 90% RED: 85%	ESCALA SERÁ APLICADA TANTO POR ENFERMERA COMO MATRONA	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses	DOM: 488/494=99% ORE: 175/183=96% VIEL: 95/102=93% SVI:= 122/120=101% RED: 880/899=98%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Dar atención de regulación de fecundidad en mujeres en edad fértil según normas.	Nº personas que acceden a métodos de regulación de fecundidad/Nº total de personas que lo solicitan x 100	RED: 100% DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100%	DERIVAR A QUIEN SOLICITA REALIZAR INTERV. SEGÚN PROTOCOLO	REM A01	DOM: 2848/2848=100% ORE: 1383/1383=100% VIEL: 1084/1084=100% SVI:= 902/902=100% RED: 6217/6217=100%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Oferta del TEST VIH y consejería pre y post test para examen de detección de VIH-SIDA.	Nº de personas que solicitan se realizan examen y reciben consejería pre y post test/nº total de personas que solicitan el examen X 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	CAPACITACION POR CONSEJERAS Y OTROS CAPACITADOS IDENTIFICACION DEL PERSONAL CAPACITADOS PARA DERIVACION OPORTUNA	REM A19 Registro local denominador	DOM: 33/36=92% ORE: 17/17=100% VIEL: 4/4=100% SVI:= 14/20=70% RED: 68/77=88%
FALTA DE CONSEJEROS	Capacitación de mayor número de profesionales	Duplicar el número de profesionales capacitados en consejería VIH, con 100% de matronas capacitadas.	DOM: Capacitación 100% matronas 10% de otros profesionales ORE: 100% VIE: Capacitar al 100% de las matronas del polo Viel SVI: 100% RED: 100%	PLAN DE CAPACITACION CAPACITAR OTROS PROFESIONALES POR SECTOR	Informe Departamento RRHH	-----
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE	Derivar a las personas con VIH + a atención secundaria.	Nº de personas VIH + derivadas/nº total de personas atendidas con	DOM: 100% ORE: 100%	CONSEJERAS DEL POLO COORDINAN LAS DERIVACIONES	REM A07 REM A11	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
PROTOCOLO		VIH + X 100	VIE: 100% de derivación SVI: 100% RED: 100%	DE LAS CONFIRMACIONES DEL ISP CONTAR CON ENCARGADA DE VIH		
FALTA DE TAMIZAJE DE FAMILIAS EN RIESGO PARA INTERVENCION	Hacer ingreso a control prenatal con aplicación de la pauta de riesgo psicosocial EPSA.	Nº de gestantes ingresada con EPSA/nº total de gestantes ingresadas x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	CUMPLIR PROTOCOLO	REM A05 REM A03	DOM: 521/521=100% ORE: 142/142=100% VIEL: 91/91=100% SVI:= 88/91=96% RED: 842/845=99.6%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Derivación a centro especializado de mujeres gestantes que sufren VIF, con flujograma establecido.	Nº mujeres gestantes con sospecha VIF derivadas/ nº total de mujeres con sospecha VIF x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	DERIVACION INMEDITA Y MONITORERO DEL CASO POR MATRONA	Flujograma establecido Registro FCE	-----
	Visita domiciliaria integral a gestante en riesgo psicosocial según EPSA.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial (más de 1 factores de riesgo) con VDI / nº total de gestante en riesgo evaluadas con EPSA x 100	DOM: 70% ORE: 80% VIE: 80% SVIC:80% RED: 75%	REALIZAR VISITA POR DIFERENTES PROFESIONALES DEL EQUIPO DISCUTIR EN EQUIPO PARA DISEÑAR PLAN DE ACCION INTERSECTORIALIDAD CONTAR CON VEHICULO DISPONER DE HORAS PARA VD	REM P1c y registro local (formulario de visita domiciliaria Chile Crece contigo)	DOM: 2/2=100% ORE: 0/1=0% VIEL: 0/2=0% SVI:= 1/8=12% RED: 3/13=23% * El denominador corresponde al total de embarazadas con más de un factor de riesgo.
	Intervención familiar, apoyo y tratamiento a las gestantes con riesgo psicosocial según EPSA.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con atención resuelta/nº total de gestante en riesgo psicosocial con VDI X 100.	DOM: 80% ORE: 80% VIE: 80% SVI:100% RED: 83%	PLAN DE ACCION FAMILIAR DISCUSION DE CASOS EN REUNION DE SALUD FAMILIAR	Registro FCE Informe Asistente Social	-----
BAJA COBERTURA EN INGRESO PRECOZ DE EMBARAZO	Estimular el ingreso precoz del embarazo a través de un rápido diagnóstico.	Nº de centros de salud con test pack disponibles/Total de Centros	DOM: 90% ORE: 90% VIE: 90% SVI:90% RED: 90%	MANTENER STOCK DE TEST EN TODOS LOS SECTORES DEL POLO	Registro Local	-----
MALTRATO EN LA MUJER	Instalar afiches en sala de espera, con difusión de los derechos de la mujer durante la gestación.	Nº de salas de espera con afiche/Nº total de salas de espera	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	INSTALACION INCLUIR COMO ACTIVIDAD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA	Informe Directoras de Polo	-----
BAJA ADHERENCIA DE LOS PADRES A LOS CONTROLES	Personal del SOME capacitado para incentivar, el control prenatal acompañado.	Nº de personal de SOME capacitado/Total personal del SOME	DOM: 60% ORE:55% VIE: 55% SVI:50%	REALIZAR CAPACITACION INTERNA SENSIBILIZAR EN REUNIONES DE EQUIPO	Informe Departamento de RRHH	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	Refuerzo de acompañamiento a los controles prenatales por la pareja.	Nº de controles prenatales con acompañante/nº total de controles prenatales realizados x 100	RED: 57% DOM: 25% ORE: 25% VIE: 25% SVI:15% RED: 23%	DIFUNDIR EN LA COMUNIDAD INSENTIVAR EN CADA CONTROL	REM 01	DOM: 390/2754=14% ORE: 175/822=21% VIEL: 131/549=24% SVI:= 110/438=25% RED: 806/4563=18%
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Realizar talleres de 5 sesiones para gestantes y acompañantes según programa ChCC, con flexibilidad horaria, y programar sesión educativa y visita guiada a la maternidad del hospital, considerada como parte del control prenatal.	- Nº de gestantes y acompañantes que participan en talleres grupales / Nº total de gestante que ingresan a control prenatal *100. - Nº de gestantes que participaron en taller y recibieron visita guiada / Nº de gestantes asistentes al Taller.	DOM: 20%, 50% ORE: 20%, 50% VIEL: 20%, 50% SVI:20% Y 50% RED: 20%, 50%	INCENTIVAR PARTICIPACION EN TALLERES MEDIANTE DIFUSION E INDICACION INDIVIDUAL FACILITAR TRASLADO PARA VISITA. CALENDARIZAR TALLERES PRECOZMENTE RECORDATORIO TELEFONICO A LAS GESTANTES	REM A27 y P01	-----
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO AUMENTO DE SIFILIS CONGENITA	Tamizaje para sífilis durante el embarazo. Derivación de mujeres con VDRL positivo en control prenatal	- Nº de gestantes bajo control con examen de VDRL/ nº total de gestantes b.c. x 100 - nº de gestantes con VDRL+ derivadas al programa ITS/ nº total de gestantes con VDRL + x 100	DOM: 100%, 100% ORE: 100%, 100% VIEL: 100%, 100% SVI: 100%, 100% RED: 100%, 100%	REGISTRO CASOS POSITIVOS SEGUIMINETO RETROALIMENTACION NIVEL SECUNDARIO	REM A07 y A11	-----
TRANSMISION VERTICAL VIH	Consejería para VIH a gestantes.	Nº de consejerías en gestantes pre y post test VIH / nº embarazadas bajo control x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	CONSEJERIA POR MATRONA O PROFESIONAL QUE SOLICITA EXAMEN SE SOLICITA EN SREENING DE LABORATORIO AL INGRESO GESTANTE	REM A19	DOM: 2/521=0.4% ORE: 2/142=1% VIEL: 1/91=1% SVI:= 54/88=61% RED: 59/842=7%
	Derivación de gestantes VIH+	Nº de gestantes VIH + derivadas al programa VIH/SIDA en atención secundaria/ nº de gestantes detectadas VIH* x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	RESCATE TELEFONICO POR MATRONA CONSEJERIA POST TEST COORDINACION SIGGES DERIVACION ITS	REM A07	-----
OBESIDAD EN EL EMBARAZO	Consulta nutricional de 100% de ingresos a gestantes Participación de embarazadas en talleres de ChCC por nutricionista	Nº de gestantes bajo control con consulta nutricional / nº de gestantes ingresadas x 100	DOM: 90% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 80% RED: 92%	DERIVAR E INSENTIVAR LA CONSULTA NUTRICIONAL INDICAR EN CADA CONTROL RESCATE INVITAR NUTRICIONISTA A TALLERES CHCC	REM A27	-----
	Evaluación nutricional de mujeres al 6º mes posparto	Nº de mujeres obesas que disminuyen a sobrepeso/ nº total	DOM: 10% ORE: 7%	DERIVAR A NUTRICION Y ACTIV FISICA DESDE CONTROL DEL	REM A03	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	según flujograma acordado de derivación.	de mujeres obesas bajo control al 6º mes post parto x 100	VIE:7% SVI:5% RED: 8%	NIÑO U OTRA INSTANCIA LOGRAR ADHERENCIA E INCENTIVAR LOS CAMBIOS FOMENTAR LA INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL		
		Nº mujeres bajo control con sobrepeso que logran peso normal / nº total de mujeres bajo control con sobrepeso al 6 º mes post parto x 100	DOM: 10% ORE: 5% VIE: 5% SVI: 5% RED: 7%	DERIVAR A NUTRICION Y ACTIV FISICA DESDE CONTROL DEL NIÑO U OTRA INSTANCIA LOGRAR ADHERENCIA E INCENTIVAR LOS CAMBIOS FOMENTAR LA INTEGRACION LABORAL Y SOCIAL	REM A03	-----
	Crear talleres de actividad física para mujeres con sobrepeso y obesidad (incluidas puérperas)	nº mujeres con malnutrición por exceso que asisten a talleres de actividad física/nº total de mujeres bajo control derivadas a talleres de AF x 100	DOM: 10% ORE: 7% VIE: 7% SVI:5% RED: 8%	DERIVACION SEGUIMIENTO EN CONTROL NUTRI	REM A19	-----
MALA CALIDAD SALUD BUCAL EN EMBARAZADAS	Consulta odontológica integral a mujeres gestantes	Nº de gestantes con alta odontológica/total de gestantes bajo control x 100.	DOM: 60% ORE: 60% VIE: 60% SVI: 60% RED: 60%	DERIVAR DIFUNDIR E INSENTIVAR ESTA ATENCION RESCATE Y MONITOREO EN CADA CONTROL PRENATAL GARANTIZAR ATENCION ESPONTANEA	REM A09 y P1	DOM: 342/526=65% ORE: 99/118=83% VIEL: 60/111=54% SVI:= 80/82=98% RED: 581/834=70%
	Cobertura en Tratamiento de Desinfección bucal total (TDBT) en embarazadas control en el Centro de Salud.	Nº de mujeres gestantes y primigestas que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/Total de Embarazadas derivadas del control pre natal x100.	DOM: 90% ORE: 90% VIE: 90% SVI: 90% RED: 90%	DERIVAR DIFUNDIR E INSENTIVAR ESTA ATENCION RESCATE Y MONITOREO EN CADA CONTROL PRENATAL GARANTIZAR ATENCION ESPONTANEA	REM A09 y A05	DOM: 6/521=1% ORE: 0/140=0% VIEL: 0/91=0% SVI:= 0/88=0% RED: 6/840=0.7%
	Realizar Consejería Breve en Tabaquismo (CBT) para protección de su salud buco dental de primigestas y gestantes.	Nº de mujeres primigestas y gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/Total de embarazadas con alta odontológica x100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 15% RED: 86%	REALIZAR CONSEJERIA EN CONSULTA DE ALTA	Registro FCE	DOM: 342/342=100% ORE: 99/99=100% VIEL: 60/60=100% SVI:= 80/80=100% RED: 581/581=100%
FALTA SEGUIMIENTO FAMILIAS DE RIESGO	Manejar eficientemente a puérperas en condiciones de riesgo psicosocial	Nº puérperas visitadas con EPSA alterado / nº puérperas con EPSA alterado x 100	DOM: 70% ORE: 70% VIEL: 70% SVI:80% RED: 72%	REALIZAR VD POR ALGUN PROFESIONAL DEL EQUIPO GENERAR PLAN DE ACCION SI ES NECESARIO INTERSECTOR	REM A03 y A26	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	Detección precoz de condiciones de riesgo psicosocial en primer control de niño sano.	Nº de puérperas con un factor de riesgo con visita domiciliaria/ nº total de puérperas bajo control con 1 factor de riesgo x 100	DOM: 30% ORE:35% VIE: 35% SVIC: 40% RED: 33%	APLICAR PAUTA EN 1º CONTROL DEFINIR TOTAL DE FACTORES DE RIESGO E INTERVENIR SEGÚN PUNTAJE	REM A26 Registro FCE	-----
		Nº puérperas con 2 o más factores de riesgo con visita domiciliaria/nº total de puérperas con 2 factores o más de riesgo psicosocial bajo control x 100.	DOM: 90% ORE: 85% VIE:85% SVI:80% RED: 87%	APLICAR PAUTA 1º CONTROL PRIORIZAR PUNTAJE MAYOR A 2 VISITA POR ALGUN INTEGRANTE DEL EQUIPO PLAN DE ACCION Y DISCUSION INTERSECTOR	REM A26 Registro FCE	-----
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Control de díada madre-hijo.	Nº puérperas y RN con control de salud antes de los 10 días de vida/total de partos de gestantes controladas en cada centro x 100.	DOM: 100% ORE:95% VIE: 95% SVI: 90% RED: 92%	SEGUIMIENTO Y RESCATE VISITA HOSPIT. SI ES NECESARIO HORAS PROTEGIDAS PARA ESTA INTERVENCION (CUPOS SEMANALES POR CADA MATRONA) REFUERZO EN CONTROLES PRENATALES	REM A01	DOM: 298/392=76% ORE: 72/103=70% VIEL: 65/85=76% SVI:= 43/63=68% RED: 478/643=74%
BAJA COBERTURA DE LME	Clínicas de lactancia materna	Nº de puérperas que asisten a clínica de lactanci/ Nº total de puérperas que requieren ser derivadas a clínica lactancia materna x 100	DOM: Implementar estrategia como clínica de LM ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	IMPLEMENTAR CLÍNICA DE LM DESIGNAR RESPONSABLE	Registro FCE	-----
SEDENTARISMO ARTROSIS DEPRESION ENF CRONICAS	Realización de talleres de actividad física para mujeres atendidas por climaterio.	Nº mujeres atendidas por climaterio que participan en actividad física/ nº mujeres atendidas por climaterio	DOM: 10% ingresan a taller ORE: 1 taller por sector del polo VIE: 1 taller por sector del polo SVI: 1 taller anual RED: 4 talleres anuales	DERIVAR DESDE CONSULTA GINE Y MATRONA INGRESAR CON PORFESOR O TALLERES DRA. VALENZUELA DIFUNDIR EN COMUNIDAD	REM A05 Registro Profesores Educación Física	-----
BAJA COBERTURA DE MAMOGRAFIAS POR CUPOS PRIORIZADOS NECESIDAD SENTIDA POR LA	Mamografías a mujeres con alto riesgo de cáncer de mama	Nº de mujeres de alto riesgo de Ca de mama con mamografía vigente/nº total de mujeres con alto riesgo de Ca de mama x 100	DOM: 90% ORE: 90% VIE: 90% SVIC: 90% RED: 90%	DIFUNDIR EN COMUNIDAD CON ESPECIFICACIONES EN FR. PESQUISAR EN EXAM PREVENTIVO U OTRAS INSTANCIA GARANTIZAR EL EXAMEN A ESTE GRUPO POBLAC.	REM P12 y registro local, FCE	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
COMUNIDAD PESQUISA EN ETAPAS TARDIAS DE CA DE MAMA	Examen físico de mamas y educación para auto examen de mamas.	Nº de mujeres con examen físico de mamas y educación de auto examen/nº total de mujeres atendidas por matrona X 100.	DOM:90% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: :95%	REALIZAR EN CADA CONSULTA DE MATRONA REFORZAR EN CONTROLES DIFUNDIR COMUNIDAD	Registro FCE	DOM: 4237/4619=92% ORE: 2351/1644=143% VIEL: 1636/1799=91% SVI:= 1605/2304=70% RED: 9829/10366=95%
BAJA COBERTURA PAP PESQUISA EN ETAPAS TARDIAS DE CA CERVICOUTERINO	Mejorar la Cobertura de PAP	Nº mujeres: 25 a 64 años con PAP vigente / Nº mujeres: 25 a 64 años inscritas	DOM:72% ORE: 72% VIE: 72% SVI:72% RED: 72%	DIFUNDIR EN COMUNIDAD. RESCATES DE PACIENTES	REM P12 y registro local, FCE	DOM: 6753/16391=41% ORE: 3097/5612=55% VIEL: 2145/5226=41% SVI:= 1784/4011=44% RED: 13779/31240=44%
DIFICIL ACCESO DE MUJERES TRABAJADORAS A LA ATENCION DE SALUD	Mejorar la accesibilidad de mujeres trabajadoras a la atención de matrona.	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona/total de mujeres atendidas en EH x 100	DOM: 50% ORE:30% VIE: 30% SVIC: 10% RED: 37%	MANTENER LA EH MATRONA DE FORMA PERIODICA DIFUNDIR LA PRIORIDAD A MUJERES TRAB. ATENCION ESPONTANEA EN LO POSIBLE	Registro FCE	-----
BAJA COBERTURA DE EXAMEN PREVENTIVO EN POBLACION	Coordinación con Centros comunitarios, y en lugares de trabajo, organizaciones deportivas. para la difusión e incentivo al EMPA, focalizadas en hombres de 20-44 años y mujeres de 45-64 años	Al menos 1 actividad realizada al año.	DOM: 1 al mes ORE: 1 al mes VIE: 1 al mes SVI: 10 talleres a la comunidad. 2 talleres semanales de sensibilización en sala de espera con video examen preventivo. RED: 48 actividades	INCENTIVAR EN CADA ACTIVIDAD COMUNITARIA INDEPEND. DEL TEMA PUNTUAL A TRATAR DIFUSION EN CENTRO DE SALUD, CENTROS DE TRABAJO, EN COLEGIOS CON PROF Y APODER. REAFIRMAR EN CADA CONSULTA A SOME DEL CENTRO Y EN ATENCIONES PROFESIONALES	Informe	DOM: 4/9=44% ORE: 4/9=44% VIEL: 2/9=22% SVI:= 2/9=22% RED: 12/36=33%
	EMPA (IAAPS2010), cobertura de Examen de medicina preventiva. Hombres de 20 a 44 años, y mujeres de 45-64 años	Nº de EMPA realizados a población inscrita masculina de 20 a 44 años/Población masculina inscritos de 20 a 44 x 100 Nº de EMPA realizados a población femenina de 45 a 64 años/Población inscrita femenina de 45 a 64 x 100	DOM: Aumentar en 15% cobertura de EMPA de lo realizado el año 2011 ORE: 15% Aumentar un 20% de EMPA focalizado en hombres de 20 a 44 respecto del año anterior VIE: 25 % de	REALIZAR EN CENTROS EDUCACIONALES Y LABORALES DEL SECTOR REALIZAR CAMPAÑAS DE DIFUSION REALIZAR DE FORMA ESPONTANEA CON HORAS DIARIAS PROTEGIDAS EMPA A FUNCIONARIOS DEL CENTRO REQUISITO AL INSCRIBIRSE	REM P4	DOM: 905/7933=11% ORE: 262/2613=10% VIEL: 187/2613=7% SVI:= 223/2085=11% RED:-1577/15244=10% DOM: 1044/6625=16% ORE: 451/2861=16% VIEL: 364/2670=14% SVI:= 276/1986=14% RED: 2135/14142=15%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
			hombres entre 20 y 44 años y mujeres entre 45 y 64 años con <u>SVI</u> : 15% Aumentar un 20% de EMPA focalizado en hombres de 20 a 44 respecto del año anterior EMPA vigente RED: 25%			
BAJA ADHERENCIA PSCV	Control de Salud cardiovascular.	Nº de usuarios del PSCV con controles al día/Nº total de usuarios inscritos en PSCV x 100	DOM: 70% ORE: 70% VIE: 70% SVI: 70% RED: 70%	RESCATE TELEF REQUISITO EN FARMACIA PARA DESPACHO DE MEDIC. DERIVACION A CONTROL DE OTRA INSTANCIA DE ATENCION	REM P04, Sección A.	DOM: 3190/2512=127% ORE: 2658/1570=169% VIEL: 1771/1014=175% SVI:= 1328/839=158% RED:-8947/5935=150%
	Control de Salud Cardiovascular según protocolo establecido para lograr metas terapéuticas en pacientes con riesgo CV alto y muy alto. Reclasificar a pacientes antiguos con exámenes para riesgo cardiovascular alto y muy alto.	Nº de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas/Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto x 100	DOM: 40% ORE: 40% VIE: 40% SVI:30% RED: 38%	APLICAR PROTOCOLO	REM P4	DOM: 12/591=2% ORE: 2/273=1% VIEL: 5/223=2% SVI:= 2/140=2% RED:-21/1227=2%
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS FALLA EN REGISTROS	Auditar fichas de la cohorte de personas ingresadas al PSCV con más de 1 año de antigüedad al Programa	Nº de auditorías realizadas/Total PBC PSCV con más de un año de antigüedad x 100	DOM: 10% ORE: 10% VIE: 10% SVI: 2% RED: 9%	TARJETERO ELECTRÓNICO LLAMADOS TELEFÓNICOS	Registro local	-----
BAJA ADHERENCIA PSCV	Educación grupal, al menos una vez al año, integral, por médico, enfermera y nutricionista.	Nº de personas Bajo control en PSCV asistentes a educación grupal / Nº total de pacientes bajo control en PSCV bajo control x 100.	DOM: 10% ORE: 10% VIE: 10% SVI: 5% RED: 9%	INSENTIVAR INTERVENCION MOTIVAR A TODOS LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO AUMENTAR HORAS DE PROFESIONALES DEDICADOS A ESTA ACTIVIDAD VS ATENCION INDIV.	REM A027 con registro local	-----
BAJA COBERTURA	EMPA, consulta de morbilidad, urgencia, consulta con enfermera o	Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años/Nº de Hipertensos de 15 y	DOM: 55% ORE: 65% VIE: 65%	DERIVAR A CEDAZO O INGRESO A PROGRAMA DESDE CUALQUIER INST.	REM P04 Sección A	DOM: 1922/5411=36% ORE: 1234/1925=64% VIEL: 785/1842=43%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	nutricionista: realizar derivación precoz a CEDAZO para detección de HTA.	más, esperados según prevalencia*100	SVI: 65% RED: 60%	AUMENTAR COBERTURA DE EMPA PESQUISA EN CADA CONTROL		SVI:= 725/1420=50% RED:-4666/10605=44%
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Controlar a pacientes Bajo control PSCV según protocolo establecido para mejorar compensación, con tratamientos y seguimientos adecuados (según metas sanitarias 2010)	Nº personas con HTA de 20 y más años bajo control, compensados con P.A. < 140/90 mmHg en el último control vigente de enero a diciembre del 2011/Total de pactes HTA bajo control de 20 y más años a diciembre 2011 x 100	DOM: 60% ORE: 60% VIE: 60% SVI: Aumentar la brecha en un 5% según compensación 2011 RED: 60%	TRABAJO GRUPAL ACTIV DE AUTOCUIDADO Y CAMBIOS ESTILO DE VIDA EN P BAJO CONTROL INTEGRAR A ACTIV FISICA COMO PARTE DEL TRATAM. EDUCAR TTO FARMACOLOGICO TRABAJO CON RED FAMILIAR	REM P04,	DOM: 1197/1922=62% ORE: 835/1234=68% VIEL: 540/785=69% SVI:= 472/725=65% RED:-3044/4666=65%
BAJA COBERTURA	EMPA, consulta de morbilidad, urgencia, consulta con enfermera o nutricionista: realizar pesquisa según protocolo preestablecido	(Nº de personas con diabetes mellitus bajo control de 15 y más años/Nº de diabéticos de 15 y más, esperados según prevalencia)*100	DOM: 85% ORE: 85% VIE: 85% SVI: 42% RED: 85% de cobertura	AUMENTAR EMPA EXAMENES PERIOD .EN PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO DIFUSION COMUNIDAD PESQUISA MASIVA EN POB GENERAL	REM A 04	DOM: 948/3446=26% ORE: 498/1226=41% VIEL: 328/1172=28% SVI:= 277/910=30% RED:-2021/6754=30%
MUY BAJA PESQUISA DE TBC POR PERSONAL DE SALUD	Aumentar la pesquisa de personas con TBC	Nº de BCK solicitadas/Nº consultas por morbilidad en mayores de 15 años x 1000	DOM: 60 x 1000 ORE: 60 x 1000 VIE: 60 x 1000 SVI: 60X 1000 RED: 60 x 1000	DIFUNDIR COMUNIDAD INSENTIVAR EQUIPO CREAR ESTRATEGIAS LOCALES PARA FACILITAR LA INDICACION Y TOMA DE MUESTRA PESQUISA DE CUALQUIER INTEGRANTE DEL EQUIPO REALIZAR A PERS CON FR.	REM A 04 y A 10	DOM: 705/9139=77% ORE: 138/9412=15% VIEL: 145/7066=21% SVI:= 266/5880=45% RED:-1254/38808=32%
COMPENSACION INSUFICIENTE	Control de paciente diabético en el PSCV, con protocolo establecido que sea uniforme para la red, para derivaciones, manejo, y evaluaciones mediante exámenes	Nº personas con Diabetes de 20 y más años, compensados, con HbA1c < 7/Total de pacientes de 20 y más años bajo control a diciembre 2010	DOM: 50% ORE: 50% VIE: 50% SVI: 42% RED: 49%	TRABAJO GRUPAL ACTIV DE AUTOCUIDADO Y CAMBIOS ESTILO DE VIDA EN P BAJO CONTROL INTEGRAR A ACTIV FISICA COMO PARTE DEL TRATAM. EDUCAR TTO FARMACOLOGICO TRABAJO CON RED FAMILIAR	REM P04 Sección B	DOM: 348/918=38% ORE: 188/498=38% VIEL: 124/328=38% SVI:= 100/277=100% RED:-760/2021=37%
FALLA EN REGISTROS INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Aplicación del instrumentos Qualidiab-Chile on line o similar(http://qualidiabchile.minsal.cl) en el Control de Salud Cardiovascular (médico y enfermera) a personas diabéticas bajo control.	Qualidiab o instrumento silimar, aplicado a personas diabéticas que ingresan al PSCV/Nº de personas diabéticas que ingresan al PSCV.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 20% RED: 87%	REQUISITO PARA INGRESO	Estadísticas on line del MINSAL. (http://qualidia bchile.minsal.cl)	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
BAJA COBERTURA DE EVALUACION DE PIE DIABETICO ALTO INDICE DE AMPUTACION POR PIE DIABETICO	Evaluación anual del pie diabético (Formulario Evaluación del pie en el paciente diabético). Evaluación de Pies en cada control médico	Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	IMPLEMENTACION ADECUADA Y CAPAC. REALIZAR EN CONTROL DE EU CON FRECUENCIA SEGÚN RIESGO DIFUNDIR LA IMPORTANCIA Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN	REM P04 Sección C	DOM: 225/918=24% ORE: 217/498=44% VIEL: 58/328=18% SVI:= 144/277=52% RED:-644/2021=32%
	Aumentar cobertura de curaciones avanzadas en pacientes con pie diabético realizados por enfermeras.	Nº de personas con diabetes bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/Nº total de personas diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	DERIVACION CURACION EU SEGÚN PROTOCOLO	REM P4 C	DOM: 8/8=100% ORE: 6/6=100% VIEL: 6/6=100% SVI:= 3/3=100% RED:-23/23=100%
FALTA DE DG PRECOZ DE RETINOPATIA DIABETICA	Fondo de ojo por oftalmólogo.	Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV con fondo de ojo por oftalmólogo a los 3 meses de ingreso / Nº total de ingresos a PSCV por diabetes tipo 2 x 100	DOM: 90% ORE: 100% VIEL: 100% SVIC: 100% RED: 95%	DERIV A UAPO SEGUIMIENTO EN CONTROLES	REM P04 Sección B SIGGES	-----
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Tratamiento de la Dislipidemia según nivel de riesgo.	Nº de personas con Dislipidemia bajo control en PSCV con el colesterol LDL en la meta terapéutica según el nivel de riesgo CV/Nº total de personas dislipidémicas bajo control en PSCV x 100.	DOM: 40% ORE: 40% VIE: 40% SVI: 10% RED: 35%	TRATAMIENTO MULTIPROFESIONAL ASOCIADO A ACT FISICA CONTROL CON EXAM SEGÚN RIESGO GARANTIZAR EXAM Y TTO FARMAC.	REM P04 Sección A	DOM: 225/1070=21% ORE: 153/727=21% VIEL: 129/534=24% SVI:= 66/467=14% RED:-573/2798=20%
ALTOS ÍNDICES DE OBESIDAD EN EL ADULTO	Ingresar a personas obesas a grupos de ejercicios supervisados, con retroalimentación a enfermeras, para evaluar seguimiento de pacientes.	Nº de personas obesas en PSCV que realiza actividad física moderada, durante 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana/Nº total de personas obesas en control en PSCV x 100.	DOM: 10% ORE: 15% VIE: 15% SVI: 15% RED: 13%	AUMENTAR FRECUENCIA DE ACTIV FISICA DERIVAR EN 1ª CONSULTA. INSENTIVAR LA REPETICION DE ACTIV EN CASA DERIVAR A NUTRI PARA TTO	REM P04 Registro de actividad física en la ficha y/o tarjetero.	DOM: 68/985=7% ORE: 67/570=12% VIEL: 37/360=10% SVI:= 59/358=16% RED: 231/2273=10%
	Ingreso a módulo de obesidad. Medicina Integrativa (manejo de ansiedad).	Nº de personas obesas bajo control en PSCV que bajan al menos 5% de su peso inicial al ingreso/Nº total de personas obesas bajo control en PSCV x 100.	DOM: 10% ORE: 10% VIE: 10% SVI: 2% RED: 9%	REFORZAR INDICACIONES DIFUNDIR RIESGOS DE LA OBESIDAD TTO MULTIPROFESIONAL RED DE APOYO FAMILIAR	REM P 04 Sección C	-----
POCA DETECCION DE PACIENTES CON IRC FALTA DE REGISTROS	Aplicar Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica al 100% de las personas en control de PSCV.	Nº de personas Bajo control en PSCV con clasificación ERC/Nº de personas bajo control en PSCV x 100.	DOM: 80% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 90%	APLICAR CLASIFICACION A TODOS LOS INGRESOS APLIC EN CADA CONTROL RESCATE INASISTENTES	REM P4	DOM: 110/2512=4% ORE: 80/1570=5% VIEL: 40/1014=4% SVI:= 116/839=14% RED:-346/5935=6%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
ALTA DEMANDA DE LA COMUNIDAD	Realizar terapias de medicina integrativa (auriculoterapia, yoga, reiki, etc.) y evaluar la percepción usuaria.	Nº de pacientes ingresados a medicina integrativa/Total de población atendida.	DOM: 5% ORE: 5% VIE: 5% SVI: 5% RED: 5%	DIFUSIÓN TALLERES SENSIBILIZACIÓN EQUIPOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES	Registro local	DOM: 283/283=100% ORE: 17/7=100% VIEL: 70/70=100% SVI:= 25/25=100% RED:-395/395=100%
		Nº de pacientes que participen en talleres de medicina integrativa/Nº de pacientes ingresados a medicina integrativa.	DOM: 80% ORE: 80% VIE: 80% SVI: 0% RED: 67%	DIFUSIÓN TALLERES SENSIBILIZACIÓN EQUIPOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES	Registro local	DOM: 24/24=100% ORE: 0/0=0% VIEL: 0/0=0% SVI:= 0/0=0% RED:-24/24=100%
		Nº de encuestas realizadas/Nº de pacientes egresados de medicina integrativa.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVIC: 100% RED: 100%	DIFUSIÓN TALLERES SENSIBILIZACIÓN EQUIPOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES	Registro local	-----

Ciclo Vital Adulto Mayor

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
DESCONOCIMIENTO DE SU SEXUALIDAD, EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES	Sesión Educativa. "Sexualidad en el adulto mayor" realizados por matrona y psicólogas.	- Número de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM que se deriva / N° de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM realizado - Número de talleres realizados al año en cada centro.	DOM: 50%, 2 ORE: 50%, 2 VIE: 50%, 2 SVI: 10%, 1 taller al año RED: 43%, 7	RESCATE INCLUYENDO EN ORGANIZ COMUNITARIAS ATENCIONES ESPONTANEAS SEGÚN DISPONIBILIDAD DIFUSION DERIVACIONES INTERNAS	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia Rem 27 y REM 19	DOM:0/2815=0% ORE:0/1797=0% VIEL:0/886=0% SVI:0/787=0% RED:0/6285=0%
AUMENTO DE ITS EN LA POBLACION DE ADULTOS MAYORES	Sesión Educativa: "Como prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual", dirigido por matrona.	- Número de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM que se deriva / N° de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM realizado - Número de talleres realizados al año por centro.	DOM: 30%, 1 ORE: 30%, 1 VIE: 30%, 1 SVI: 30%, 1 RED: 30%, 4	CITACIONES INTERNAS INFORMACION MASIV DE ACTIV. REALIZAR POR EQUIPO DE CABECERA ESPACIO ACOGEDOR Y LENGUAJE FACIL ACTIV PARTICIPATIVA	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia Rem 27 y REM 19	DOM:0/2815=0.07% ORE:0/1797=0% VIEL:1/886=0.1% SVI:0/787=0% RED:1/6285=0.0% *Numerador corresponden a consejerías en ITS

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
TABAQUISMO PASIVO EN AM	Sesiones educativas: "Tabaquismo activo y patologías más frecuentes" y "Tabaquismo pasivo, como me afecta". Dirigido por Equipo de salud: kinesiólogo, médico, enfermera.	- Número de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM que se deriva / N° de adultos mayores (65 años y más) con EMPAM realizado - Número de talleres realizados al año en cada centro.	DOM: 50%, 2 ORE: 50%, 2 VIE: 50%, 2 SVI: 40%, 2 RED: 48%, 8	CITACIONES INTERNAS INFORMACION MASIVA DE EDUCACION REALIZAR POR EQUIPO CABECERA FACILITAR ESPACIO AGRADABLE LENGUAJE FACIL ACTIVIDAD PARTICIPATIVA	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia REM 27 y REM 19	DOM:0/2815=0% ORE:1/1797=0.1% VIE:0/886=0% SVI:0/787=0% RED:1/6285=0.0%
BAJA COBERTURA DE EMPAM	En cada aplicación de EMPAM, realizar derivación inmediata a asistente social de EMB o Consultorio.	N° de Adultos mayores que reciben orientación social luego de la aplicación del EMPAM / N° de Adultos mayores con EMPAM	DOM: 60% ORE: 80% VIE: 80% SVI:60% RED: 67%	DERIV INTERNA	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia REM 27 y REM 19	DOM:957/2815=34% ORE:792/1797=44% VIE:315/886=36% SVI:178/787=23% RED:2245/6285=36% *Numerador corresponde al total de consultas de asistente social.
FALTA DE COORDINACION INTERSECTORIAL	Derivación al municipio para actualización de ficha de protección social e inscripción a Programa del Adulto Mayor del Municipio, con el fin de tener acceso a actividades y beneficios de la comuna.	N° de adultos mayores derivados desde los centros de salud a la Municipalidad de Santiago / N° de adultos mayores en control en los centros de salud	DOM: 50% ORE: 50% VIE:50% SVI: 50% RED: 50%	INTERSECTORIALIDAD DIFUSION A COMUNIDAD DE BENEFICIOS	Registro en planilla de uso de asistente social de seguimiento de casos donde se consigne si adulto mayor asistió a municipio. Ficha Electrónica Cartolas de control	No se tiene dato de las derivaciones
DESCONOCIMIENTO EN LA POBLACION DE LAS OFERTAS COMUNALES DE EDUCACION, TALLERES, ETC	Creación de tríptico informativo a entregarse en EMB y Consultorios con información detallada sobre Programas, actividades recreativas y culturales, talleres, capacitaciones, agrupaciones de autoayuda etc., orientadas al trabajo con adultos mayores de la comuna.	N° de centros con trípticos entregados en consultorios o EMB / N° de centros en la Red.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	MANTENER INFORMACION ACTUALIZADA ENTREGA EN TODAS LAS INSTANCIAS DE CONTACTO CON EL CENTRO ENVIO DE INFORMACION A CENTROS COMUNITARIOS	Conteo mensual de material distribuido. Responsable: Encargado ó referente de promoción del centro	DOM: 0=0% ORE: 0=0% VIE: 0=0% SVI: 0=0% RED: 0=0%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
ALTA PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES	Creación de talleres terapéuticos que se constituyan como parte de las prestaciones que brinda, por ej. el Programa Depresión, tales como M. integrativa, estimulación cognitiva o desarrollo personal.	Número de talleres realizados anualmente en cada centro como parte del programa depresión y con participación del equipo de salud (psicólogo, médico).	DOM: 2 por sector ORE: 2 talleres anuales VIE: 2 talleres anuales SVI: 1 mensual RED: 24 talleres	PREPARACION MULTIPR. DE LA ACTIV. INTERSECTORIALIDAD	Lista de asistencia Informe anual por psicólogo a cargo del programa. Cartola de control Ficha Electrónica REM 19 y REM 27	DOM:126 ORE: 1 VIEL: 115 SVI: 0 RED: 242 *Corresponde a talleres grupales de vida sana.
	Incorporación de modalidad de intervención grupal para adultos mayores que pertenezcan al Programa Depresión, cursen alguna crisis normativa o que estén sometidos a situaciones de estrés (ej: cuidadores de pacientes postrados).	Número de intervenciones grupales realizadas anualmente en cada centro con adultos mayores que presenten algún tipo de problemática de salud mental.	DOM: 2 por sector ORE: 2 VIE: 2 SVI: 1 semestral RED: 24 talleres	REALIZAR CAPACITA DE CUIDADORES AL MENOS 1 ANUAL INCLUYENDO INTERVENCIONES MANEJO DE STRES.	Registro de asistencia a intervenciones grupales a cargo de dupla psicosocial. Informe anual. Cartolas de control Ficha electrónica REM 19 y REM 27	DOM:0 ORE: 0 VIEL:0 SVI: 0 RED: 0 *Corresponde a intervenciones psicosociales grupales
FALTA DE REDES FAMILIARES Y SOCIALES EN AM ALTA VULNERABILIDAD	Fomento de la creación de grupos de autoayuda para adultos mayores que egresen del Programa de Salud Mental, contando con estructura física para la realización de los encuentros y guía profesional como red de apoyo.	- Número de grupos de autoayuda conformados anualmente en cada centro por adultos mayores que egresan del Programa de Salud Mental. - Número de sesiones educativas realizadas con usuarios inscritos y activos en los grupos.	DOM: Const 1 grupo ORE: 1 VIEL: 1 grupo de autoayuda SVI: 1 RED: 4 grupos DOM: 2 ORE: 2 VIE: 2 SVI: 2 RED: 8	TRABAJAR EN CREACION E IMPLEMENTACION	Registro en planilla PRAPS. Listas de asistencia Cartolas de control Ficha Electrónica REM 19 y REM 27	-----
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.	(Nº de AM con diagnóstico de depresión ingresados a tratamiento/Nº total de AM bajo control) x 100	DOM: 90% ORE: 100% VIE: 100 % atendidos	DERIVACION A MEDICO PARA DIAGNOSTICO TTO MULTIPROF.		DOM: 46/4099=1% ORE: 51/2119=2% VIEL: 31/617=5% SVI: 32/758=4%

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
			SVI: 100% RED: 95%			RED: 160/7593=2%
		(Nº de AM en tratamiento por depresión con visita domiciliaria/Nº total de AM con diagnóstico de depresión) x 100	DOM: 80% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 90%	DISCUSION DE CASO VISITA POR INTEG EQUIPO ACTIVAR REDES DE APOYO FLIAR Y/O SOCIAL.	SIGES REM Visita domiciliaria y Consejería familiar	DOM: 0/148=0% ORE: 0/105=0% VIEL: 0/86=0% SVI: 0/51=0% RED: 0/390=0%
DESCOMPENSACION BAJA ADHERENCIA INASISTENCIA POR OLVIDO	Controles de salud según flujograma.	% usuarios adultos mayores (65 años y más) con patología crónica compensada: - Hipertensos Bajo Control (PA < 135/85 mm Hg). - Diabéticos Bajo Control en (HbA1c<7). - DM-HTA mixto Bajo Control en HbA1c<7 y PA 130/80 mm Hg. - Riesgo cardiovascular Alto y muy alto con LDL <100 mg/dl.	DOM: De acuerdo a metas sanitarias. ORE: De acuerdo a metas sanitarias VIE: De acuerdo a metas sanitarias SVI: De acuerdo a metas sanitarias RED: De acuerdo a metas sanitarias.	IMPLEMENTACION DE FLUJOGRAMA RED PARA TTO FARMACOLOGICO	REM P04 Exámenes de control PSCV. Cartolas de control de crónico. Ficha electrónica. El carnet de control. REM 19 y REM 27.	DOM: 2108/3415=62% ORE: 1388/2120=65% VIEL: 761/1172= 65% SVI: 634/1002= 63% RED: 4891/7709=63% DOM: 527/1221=43% ORE: 348/748=47% VIEL: 181/430=42% SVI: 157/352=45% RED: 1213/2751=44% DOM: 107/904=12% ORE: 94/649=14% VIEL: 43/367=12% SVI: 43/326=14% RED: 287/2246=13% DOM: 1373/3244=42% ORE: 1140/2452=46% VIEL: 659/1394=47% SVI: 406/1062=38% RED: 3758/7593=49%
PROGRAMA DE ARTROSIS INSUFICIENTEMENTE IMPLEMENTADO	Aumentar el número de AM que recibe tratamiento en Atención Primaria por artrosis leve y moderada de rodilla y cadera.	(Nº de AM con artrosis en tratamiento del dolor/Nº total de AM bajo control con diagnostico de artrosis) x 100 Nº de AM con artrosis que realizan ejercicios kinésicos/ Nº total de AM bajo control con diagnostico de artrosis) x 100	DOM: 90%, 70% ORE: 80%, 100% VIE: 80%, 100% SVI: 100%, 100% RED: 88%, 85%	IMPLEMENTACION DE FLUJOGRAMA RED TTO FARMACOLOGICO Y KINE	REM P03	DOM: 32/304=11% ORE: 26/142=18% VIEL: 26/186=14% SVI: 4/80=5% RED: 88/712=12%
BAJA ADHERENCIA	Talleres educativos gestionados por equipo de profesionales (medico,	Número de talleres trimestrales por centro orientados a la compensación de patología crónica	DOM: 2 por sector ORE: 2	PLANIFICACION LOCAL MULTIPROFESIONAL ESPACIO AGRADABLE	REM 19. REM 27. Ficha	DOM: 6 ORE: 1 VIEL: 3

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
	enfermera, nutricionista, kinesiólogo, psicóloga) de la red de salud de Santiago para los usuarios portadores de patología crónica cardiovascular.	cardiovascular de adultos mayores realizados por al menos 2 profesionales.	VIE: 2 SVI: 1 trimestral RED: 23 talleres		electrónica. Carnet de control. Cartolas de control	SVI: 0 RED: 10
BAJA DETECCION DE IRC	Detectar tempranamente AM en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC) aplicando "Ficha Prevención ERC".	(Nº de AM en control en PSCV con "Ficha Prevención ERC" aplicada / Nº Total de AM bajo control en PSCV) x 100	DOM: 80% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 90%	APLIC DE PREV ERC RESCATE INASISTENTE	Tarjetón de control	DOM: 910/910=100% ORE: 848/848=100% VIEL: 431/431=100% SVI: 491/491=100% RED: 3590/3590=100%
BAJA COBERTURA DE EMPAM	Aumentar la cobertura de adultos mayores que retiran Pacam en los centros de salud	(Nº de personas mayores de 70 años que reciben PCAM/ Nº total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	DOM: Aumentar en 10% ORE: Aumentar 10% VIE: Aumentar 10% SVI: AUMENTAR EN 10% RED: Aumentar en 10%	FOLLETOS DE DIFUSIÓN DERIVACIÓN A NUTRICIONISTA	Cartolas PACAM FCE REM P 16	DOM: 12725/3028=420% ORE: 7014/1669=420% VIEL: 1882/448=420% SVI: 2416/575=420% RED: 24038/5720=420%
BAJA TASA DE PESQUISA DE TBC	Realizar visitas a hogares y clubes de AM, con identificación de sintomáticos respiratorios de más de 15 días (realizar baciloscopía)	- (Nº de hogares y clubes de AM visitados/ Nº total de hogares y clubes de AM identificados) x 100 - (Nº de baciloscopías realizadas a AM con síntomas respiratorios de más de 15 días en los Hogares y Clubes/ Nº total de AM S.R. detectados visitas) x100	DOM: 60%, 100% ORE: 100%, 100% VIE: 100%, 100% SVI: 100%, 100% RED: 80%, 100%	COORDINACION HOGARES TOMA DE MUESTRAS EN HOGAR	FCE Registro local	----- Pendiente proyecto OPS
FALTA DE CONOCIMIENTO EN LA POBLACION, DE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA	Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárida a los adultos > 65 años de edad	(Nº de personas de 65 años vacunadas/ Nº total de personas de 65 años de la comuna) x 100	DOM: >80% ORE: >90% VIE: >90% SVI: >90% RED: >85%	DIFUSION COMUNITARIA DERIVACION INTERNA ATENCION ESPONTANEA	REM A 13	DOM: 73/501=15% ORE: 30/208=15% VIEL: 23/156=15% SVI: 23/160=15% RED: 149/1025=15% *Se utilizó como denominador la población inscrita.
BAJA COBERTURA DE EMPAM PERDIDA PRECOZ	Examen de medicina preventiva del adulto mayor como herramienta predictora	(Nº de AM bajo control con EMP al día/ Nº total de AM bajo control) x 100	DOM: >5% vs 2011 ORE: >5% vs 2011	DIFUSION RESCATE POR BASE DE DATOS	Cartola adulto mayor REM 02	DOM:2815/4099=69% ORE:1797/2119= 85% VIEL:886/617= 144

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
DE FUNCIONALIDAD EN AM	de la pérdida de la funcionalidad (para usuarios que no sean portadores de patología crónica).		VIE: >5% vs 2011 SVI: >5% vs 2011 RED: >5% vs 2011		P 5 Ficha electrónica. Lista de pesquisa y contactos.	SVI:787/758=104% RED:6285/7593= 83%
	Clasificación según nivel de autovalencia y de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato a través de EFAM.	(Nº de AM bajo control con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento/ Nº total de AM bajo control) x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	AUMENTAR EMPAM DERIVAR LOS DETECTADOS	Cartola adulto mayor REM 02 P 5 Ficha electrónica	DOM:1/4099= 0% ORE:0/2119=0% VIEL:0/617=0% SVI:0/758=0% RED:1/7593=0%
	Fomento de la autonomía a través de la educación sobre actividades que promueven el autocuidado.	Número de educaciones sobre estilos de vida saludable (alimentación saludable, ejercicio físico regular), realizadas a usuarios adultos mayores evaluados con EMPAM	DOM: 2 ORE: 2 VIE: 2 SVI: 1 semestral RED: 8	ACTIVIDADES GRUPALES DIFUSION EN SALAS DE ESPERA EDUCACION INDIVIDUAL EN EMPAM	Cartola (registro de la actividad). REM 19 REM 27	DOM:261/2815=9.3% ORE:54/1797=3.0% VIEL:150/886=16.9% SVI:24/787=3.0% RED:489/6285=7.8%
FALTA DE REDES SOCIALES	Organizar grupos de AM dependientes (Parkinson, ACV, ciegos) para realizar actividades de rehabilitación.	(Nº de AM dependientes integrados a grupos de rehabilitación/ Nº total de AM bajo control dependientes) x 100	DOM: 30% ORE: 30% VIE: 30% SVI: 30% RED: 30%	AUMENTAR EMPAM DERIVAR LOS DETECTADOS	Registro local	-----
POCA OFERTA DE TALLERES DESTINADOS AL AM	Taller de ejercicio físico orientados a la población adulto mayor.	(Nº de AM bajo control con que participan en taller/ Nº total de AM bajo control) x 100	DOM: 20% ORE: 20% VIE: 20% SVI: 15% RED: 19%	INSERTAR EN ACTIV PROFESOR EDUC FISICA TALLERES DE AM DRA VALENZUELA	Hoja de registro diario. Ficha electrónica. Registro de asistencia del profesional monitor.	DOM:106/4099=2.6% ORE: 76/2119=3.6% VIEL: 50/617=8.1% SVI: 0/758=0.0% RED: 232/7593=3.1%
FALTA DE REDES SOCIALES	Derivación a grupos comunitarios que apoyen el autocuidado (apoyados por equipo de salud para su gestión).	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100	DOM: 20% ORE: 20% VIE: 20% SVI: 14% RED: 19%	MANTENER ACTUALIZADO CATASTRO INSENTIVAR AL AM A PARTICIPAR EN ORG.Y DAR ORIENTACIONES CLARAS COORDINAR DERIV	Registro de entidades comunitarias que establecen alianza estratégica con centros de salud (encargado de promoción). Rem 19	-----

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación	Evaluación
PERDIDA PRECOZ DE FUNCIONALIDAD EN AM FALTA DE APOYO A LOS CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	Educación sobre los cuidados que requiere el usuario con dependencia (Guía clínica para usuarios con dependencia y/o pérdida de la autonomía).	Número de educaciones anuales a familias con usuario con dependencia.	DOM: 1 Educ anual a cada flia ORE: 1 VIE: 100 % pacientes dependientes moderados y severos con plan de cuidado SVI: 1 RED: 4 educaciones anuales	PLAN AUTOCUIDADO EQUIPO DE SALUD CON FLIA	Idem 4.C.e.1	DOM: 49 ORE: 25 VIEL: 16 SVI: 2 RED: 92
	Apoyo de los cuidados domiciliarios con orientación y supervisión de los cuidados en domicilio: Capacitación del cuidador. - Plan de atención de cuidados. - Atención domiciliaria por el equipo de salud del centro según requerimientos.	- (Nº de AM bajo control con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con Visita Domiciliaria/ Nº total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato) x 100 - Capacitaciones anuales del cuidador según norma Ministerial.	DOM: 100%, 2 ORE: 100%, 2 VIE: 100%, 2 SVI: 100%, 1 RED: 100%, 7	VISITA ASIST SOCIAL PARA EVALUACION Y PLAN DE ACCION CON EQUIPO CAPACITACION CON REGISTRO DE ASISTENCIAS Y CETIF. CORRESPONDIENTE INTERVENCIONES MULTIPROF. PREPARADAS OR EQUIPO	Registro de las capacitaciones realizadas al cuidador. Registro en Cartola de plan de cuidados domiciliarios (queda en el domicilio del usuario). Registrar en cartola de seguimiento de usuarios con dependencia (tarjetero). REM 19, REM 27.	-----
MALA SALUD BUCAL EN AM	Educaciones sobre salud bucal, actividad realizada por el odontólogo. Coordinación de grupos a nivel interno de los centros Coordinación con grupos organizados de adultos mayores de la comunidad	- Porcentaje de adultos mayores capacitados - Número de Talleres anuales realizados por Polo	DOM: 30%, 2 ORE: 50%, - 2 VIE: 50%, 1 taller semestral. Reuniones mensuales y 2 asambleas en el año. SVI: 30%, 2 RED: 47%, 8	ACTIVIDAD REALIZADA POR EQUIPO DENTAL DEL SECTOR	Registro en planilla praps. Listas asistencia Cartolas de control, Ficha Electrónica, Rem 19 y Rem 27 Cartolas control	DOM:552/958=58% ORE: 85/493=17% VIEL: 88/227=39% SVI: 67/345=19% RED:792 /2023=39% *Numerador corresponde a actividades de promoción dental/Nº consultas adultos mayores

2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

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

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

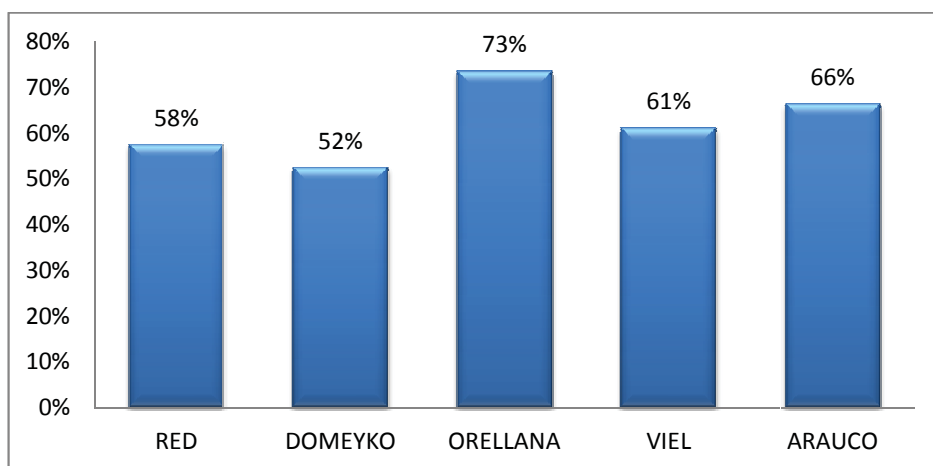


Figura 26: COBERTURA POBLACIÓN PROGRAMA INFANTIL (PBC *100 / Pob. Infantil inscrita < 6 años)

Programa de Salud Cardiovascular: A nivel general el polo Orellana es el que tienen una mejor cobertura de población inscrita en el Programa Cardiovascular. De acuerdo a la tasa ajustada, el polo Viel requiere mejorar la cobertura de este tipo de pacientes.

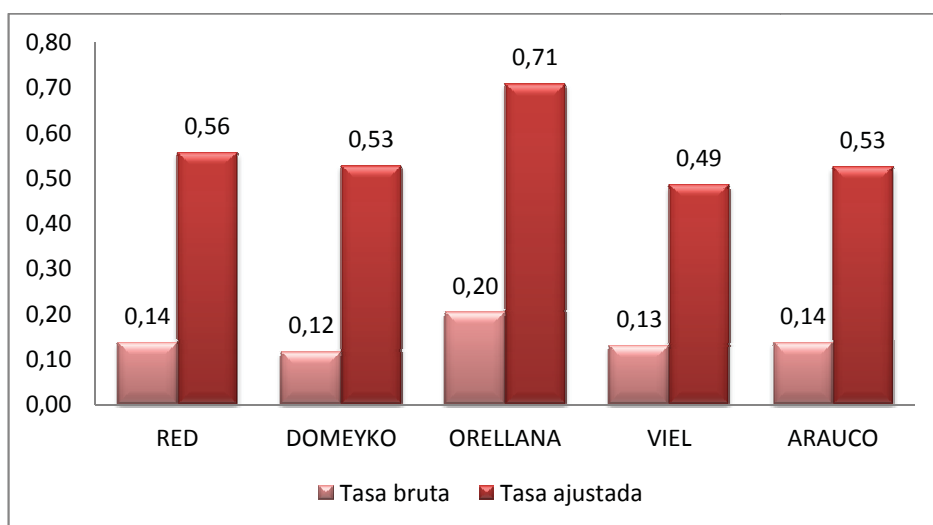


Figura 27: COBERTURA POBLACIÓN PSCV (PBC/Inscritos)

Programa del Adulto Mayor: A nivel general el polo Orellana es el que tienen una mejor cobertura de población inscrita en el Programa del adulto mayor. Tanto el polo Viel como el polo Arauco requieren mejorar la cobertura de adultos mayores.

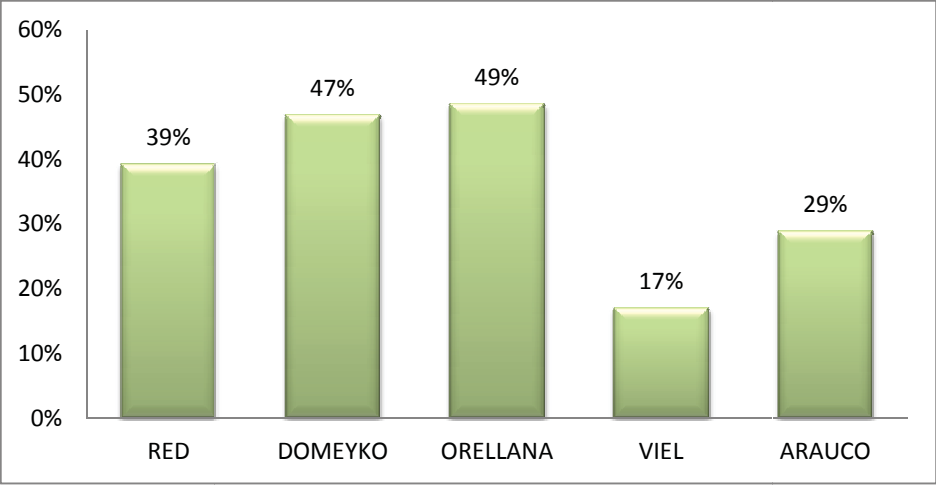


Figura 28: COBERTURA POBLACIÓN ADULTO MAYOR (PBC/Inscritos >64 años)

Programa de la Mujer: A nivel general y de acuerdo a la tasa ajustada por sexo y edad, el polo Domeyko es el que tienen una mejor cobertura de población inscrita en el programa. El polo Arauco requiere mejorar la cobertura de mujeres, en especial de adultas mayores.

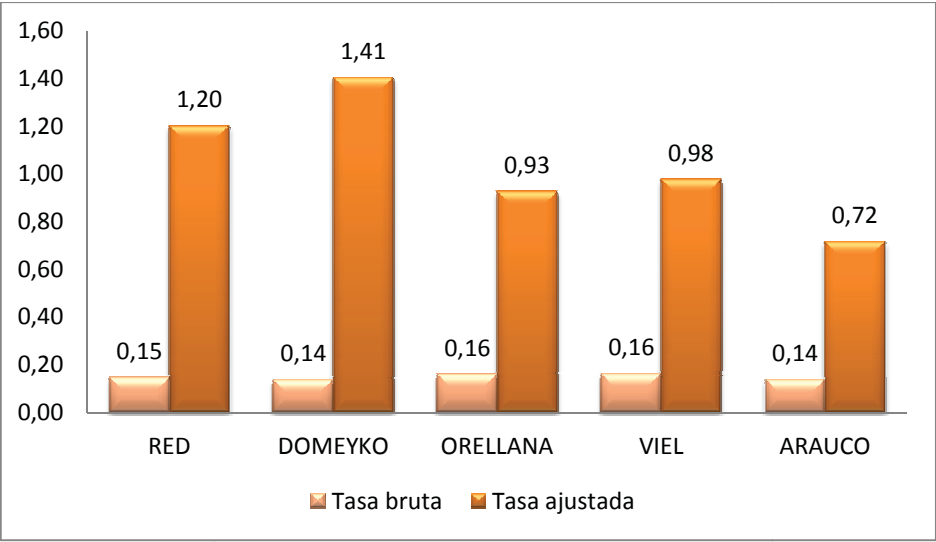


Figura 29: COBERTURA POBLACIÓN FEMENINA (PBC/Pob. Fem inscrita > 10 años)

3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

Consultas Médicas: El Polo Arauco es el que realiza y además oferta la mayor cantidad de consultas médicas en la Red. El polo Viel y el polo Domeyko requieren redistribuir las agendas para mejorar la oferta de consultas médicas.

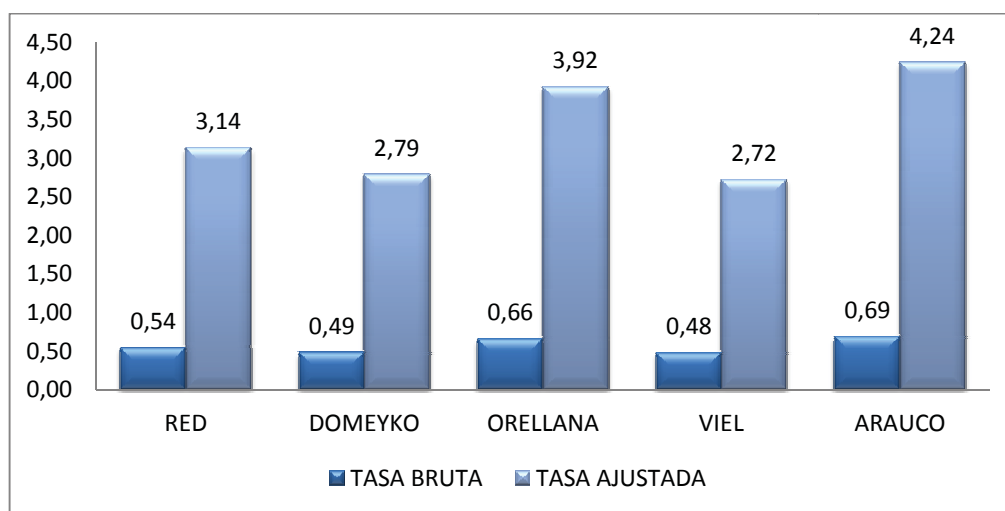


Figura 30: TASA DE CONSULTAS REALIZADAS ACUM A SEPT. 2012 (Nº Consultas/ Pob. Inscrita)

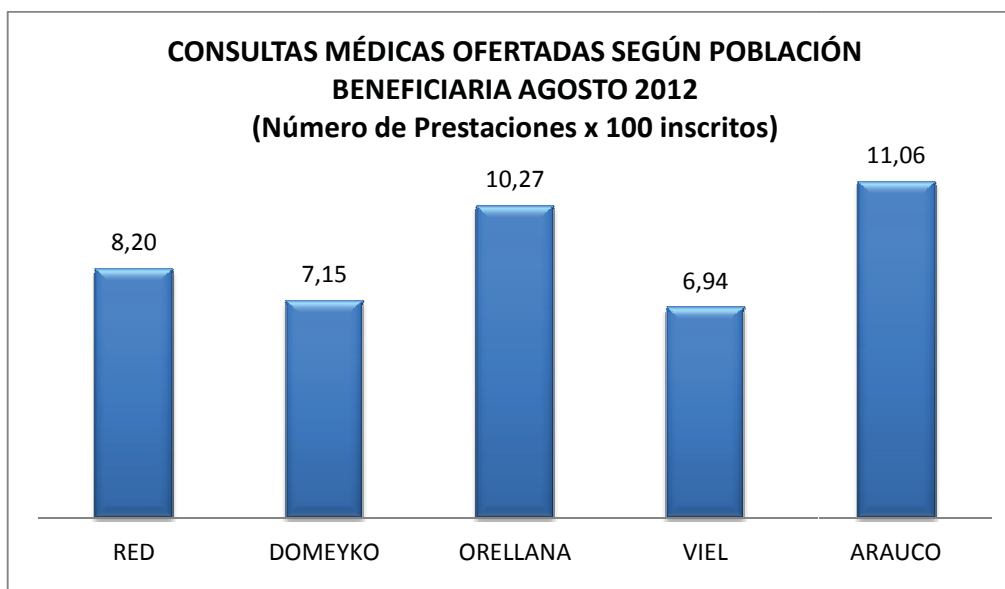


Figura 31: CONSULTAS MÉDICAS OFERTADAS SEGÚN POBLACIÓN BENEFICIARIA AGOSTO 2012 (Número de Prestaciones x 100 inscritos)

Controles de Salud según ciclo vital: Los polos Orellana y Arauco realizan y ofertan la mayor cantidad de controles de salud según ciclo vital. El polo Viel y el polo Domeyko requieren redistribuir las agendas para mejorar la oferta de este tipo de controles, en especial Domeyko que tiene la menor cobertura de niños inscritos en el programa.

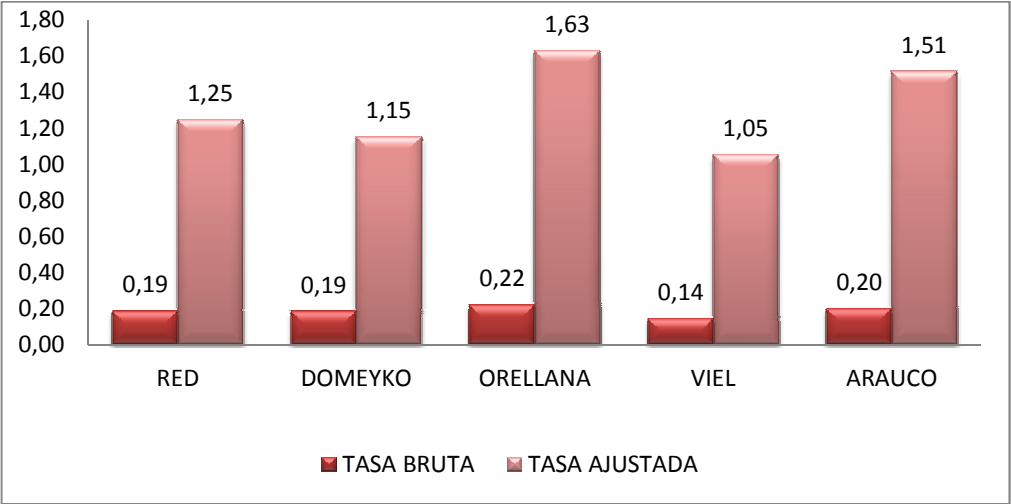


Figura 32: TASA CONTROLES CICLO VITAL ACUM A SEPT. 2012 (Nº de controles /Pob. Inscrita)

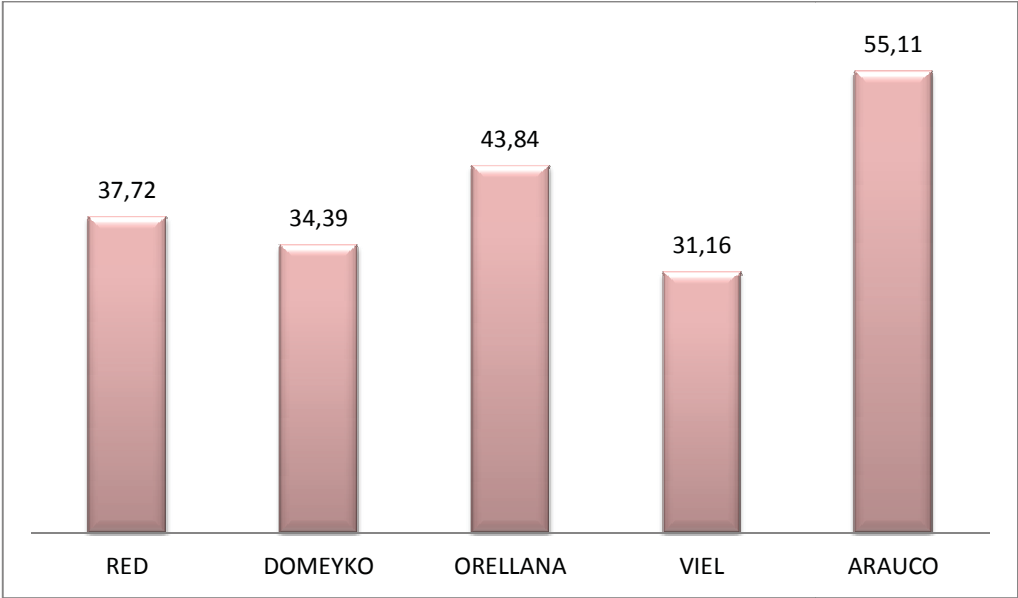


Figura 33: PRESTACIONES OFERTADAS PROGRAMA INFANTIL AGOSTO 2012 (Número de Prestaciones x 100 inscritos < 10 años)

Controles de Salud Programa Cardiovascular: De acuerdo a la población bajo control, las atenciones realizadas por paciente son similares en los cuatro polos, aún cuando los polos Domeyko y Orellana son los que tienen la menor oferta de horas disponibles. Tanto el polo Viel como Arauco debieran disminuir su oferta de controles para PSCV para así aumentar las consultas médicas y los controles según ciclo vital.

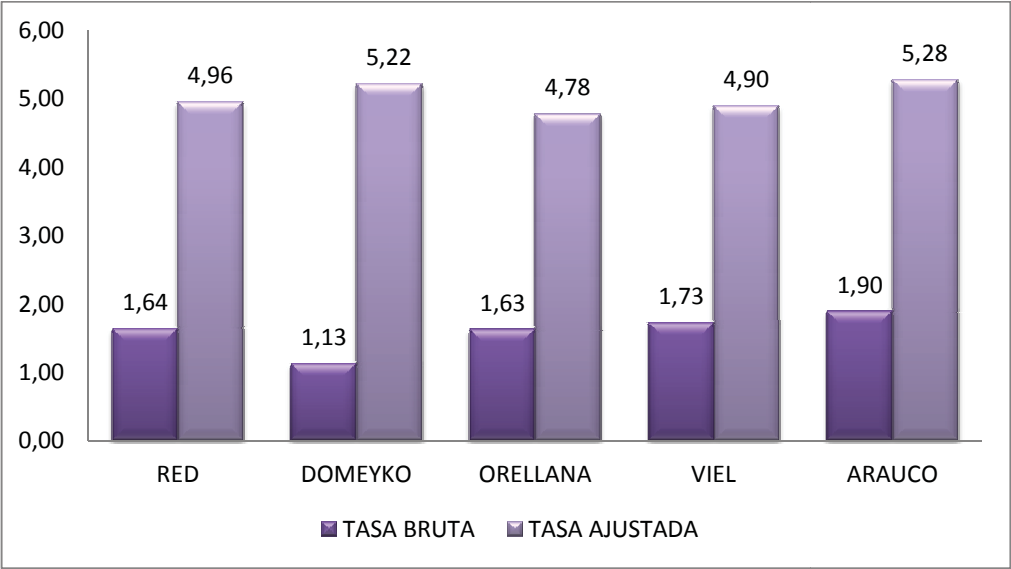


Figura 34: TASA CONTROLES PSCV ACUM A SEPT. 2012 (Nº controles/Pob. Bajo control)

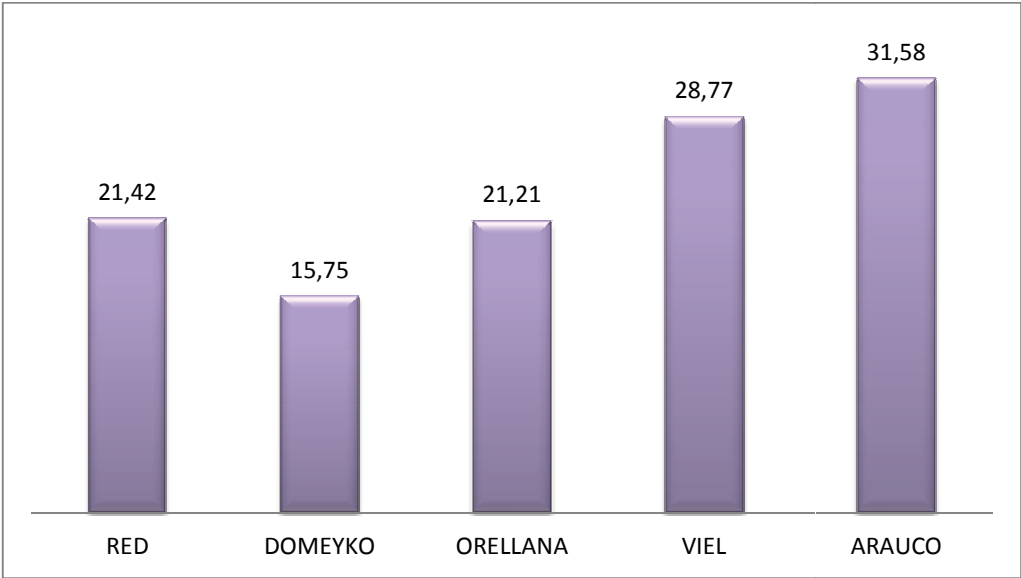


Figura 35: PRESTACIONES OFERTADAS PSCV AGOSTO 2012 (Número de Prestaciones /PBC)

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

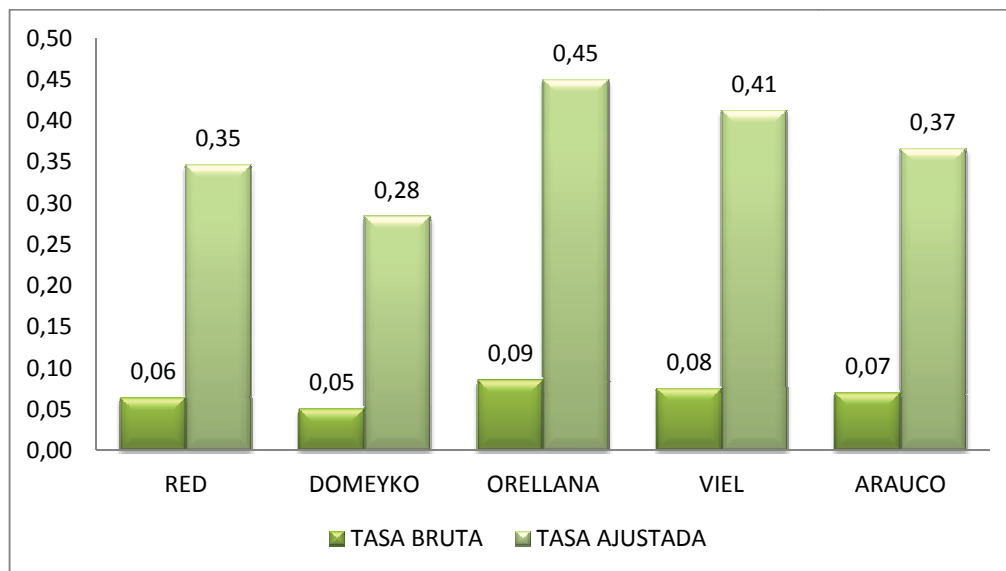


Figura 36: TASA CONSULTAS DE SALUD MENTAL ACUM A SEPT. 2012 (Nº consultas de salud mental/Pob. Inscrita)

Consultas Dentales: De acuerdo a la población inscrita, en Domeyko y Viel los usuarios tienen menor acceso a consultas dentales. Es probable que se deba aumentar la cantidad de odontólogos en Domeyko y Viel.

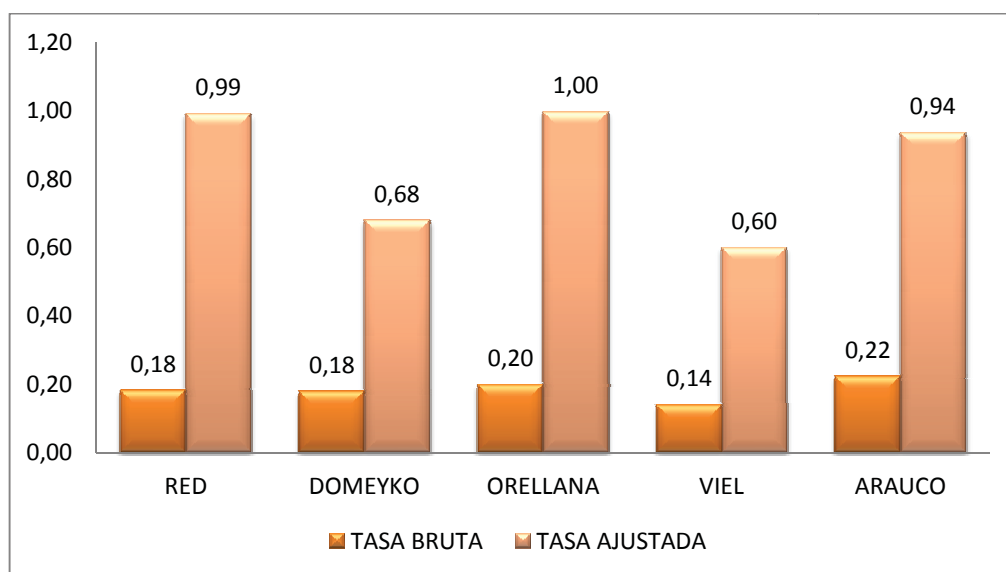


Figura 37: TASA ATENCIONES DENTALES ACUM A SEPT. 2012 (Nº consultas dentales/Pob. Inscrita)

C. Diagnóstico Participativo

DIAGNÓSTICO

Se reactiva la participación social en Santiago.

Con el objetivo de actualizar el diagnóstico participativo en Salud y reflexionar en forma comunitaria, los Consejos de Desarrollo Local, organizaciones territoriales, funcionales y usuarios de la comuna de Santiago se reunieron en una jornada de evaluación en torno a las temáticas relacionadas en salud. El encuentro se realizó durante la tarde del viernes 28 de septiembre en el Teatro Cousiño y acogió a más de 120 vecinos de los polos de salud pertenecientes al Cesfam Ignacio Domeyko, CES Padre Orellana, CES Benjamín Viel, CES Arauco y al CESFAM Nº 1.

La bienvenida a la actividad, que se estructuró en trabajos grupales, estuvo a cargo de la Directora de Salud de Santiago, María Teresa Escobar, quien definió la participación ciudadana como un mecanismo de mejora para la atención de salud mediante un trabajo compartido entre equipos de salud y los usuarios con el objetivo de generar mayor información sobre las prestaciones y beneficios que tienen los distintos establecimientos de salud.

El diálogo se inició con una conversación de los asistentes reunidos según su pertenencia a los centros de salud, con el objeto de actualizar el diagnóstico en forma conjunta con directores y equipo de salud. Una vez finalizada la primera etapa, se trabaja en relación al diagnóstico por ciclos vitales. Para finalizar la reunión, las principales ideas que surgieron en este trabajo fueron expuestas por los grupos que se dividieron por colores: el Amarillo, identificando a los Adultos Mayores, el verde, a los adultos, el rojo, a los adolescentes, el celeste, a los niños y el grupo naranja a los inmigrantes.

En esta jornada participativa se contó con la colaboración del equipo de participación del SSMC.

1. Actualizaciones Diagnósticas por Centro de Atención

El diagnóstico participativo como herramienta para la detección de problemáticas de la población corresponde a una estrategia comunitaria del modelo de salud familiar. La información que entrega este diagnóstico debe ser utilizada en la toma de decisiones de forma jerarquizada y consensuada con la comunidad. Es por esto que es necesario mantener actualizados los datos para generar estrategias efectivas que aborden las problemáticas sentidas. A continuación, se detallan las principales necesidades de salud de la comunidad jerarquizadas en la actualización del diagnóstico participativo de la comuna de Santiago.

Técnica de recolección de Información

Lluvia de ideas y Priorización de Problemas, consiste un método no estructurado de trabajo grupal, donde los participantes van generando ideas en respuesta a una pregunta previamente formulada, como por ejemplo: ¿Cuáles son los problemas que afectan a la comunidad?; ¿Cuáles son las causas de cada problema?

El moderador es quien hace las preguntas, las cuales tienen la intención de guiar a los participantes a través del proceso, de manera que las respuestas conduzcan a decisiones de grupo.

Priorización de problemas

La experiencia indica que son múltiples los problemas de una comunidad que se detecten a través del diagnóstico participativo. Por ello, es necesario priorizar los problemas, para luego jerarquizarlos.

La priorización de los problemas se basa en los siguientes criterios:

- **Magnitud del problema:** indica la gravedad del problema y, por ende, la necesidad de su enfrentamiento, en términos de la cantidad de la población de referencia que es afectada por el problema. Puede ser expresada en porcentaje de esa población.
- **Área o zona afectada:** espacio físico que servirá de base para la ulterior definición del ámbito del proyecto.
- **Posibilidad de resolver eficazmente el problema (Gobernabilidad del problema):** fortalezas y oportunidades que tiene la propia comunidad, los equipos de salud y las autoridades sanitarias para solucionar el problema planteado o disminuirlo, en forma eficiente.
- **Costo social y económico de postergar la solución del problema:** indica el grado en que se verá afectada la comunidad de no ser resuelto el problema central, así como sus consecuencias, desde los puntos de vista social y económico.

1.1. POLO BENJAMIN VIEL VICUÑA

PROBLEMATICAS RECOGIDAS 2012 POLO BENJAMIN VIEL VICUÑA

CICLO VITAL INFANTIL

- *POCO ACCESO A HORAS PARA INGRESO DE LOS NIÑOS A CONTROL
- *PROBLEMAS CON INSCRIPCION Y POSTERIOR ATENCION (SA)
- *HORARIOS FLEXIBLES PARA LA INSCRIPCION
- *EDUCACION SOBRE SEXUALIDAD
- *AUMENTAR ATENCION DENTAL
- *EXAMENES PREVENTIVOS PARA NIÑOS Y NIÑAS DEL SECTOR
- *DIFUSION OFERTA (CONTROLES SANOS, CLAP)

CICLO VITAL ADOLESCENTES

- *AUMENTAR ACTIVIDADES DE PROMOCION PARA ADOLESCENTES EN COLEGIOS
- *REALIZAR MAS CHARLAS DE SEXUALIDAD
- *EXAMENES PREVENTIVOS PARA ESTE GRUPO ETAREO
- *DIFUSION DE PRESTACIONES (CLAP, TALLERES, EMPAS)
- *AUMENTAR ATENCION DENTAL
- *MEJORAR COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS DEPARTAMENTOS MUNICIPALES

CICLO VITAL DEL ADULTO

- *AUMENTAR ATENCION DENTAL
- *LOS USUARIOS NO SE HACEN LOS EXAMENES PREVENTIVOS (PAP-EMPA)
- *DIFUSION DE LOS EXAMENES PREVENTIVOS
- *AUMENTO DE HORAS PARA LOS ADULTOS, SE COPAN CON LAS HORAS POR LOS ADULTOS MAYORES
- *DIFUNDIR PROGRAMAS DEL ADULTO Y GARANTIAS AUGE
- *MAYOR HORAS OFTALMOLOGICAS
- *MEJORAR COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS DEPARTAMENTOS MUNICIPALES

ADULTOS MAYORES

- *LOS ADULTOS MAYORES NO SE REALIZAN EFAM
- *INTEGRAR CLASES DE ACTIVIDAD FISICA PARA EL ADULTO MAYOR, BAILE ENTRETENIDO, YOGA, ETC
- *FALTA DE PROMOCION DE LAS ACTIVIDADES DEL ADULTO MAYOR
- *FALTA DE HORAS DENTALES PARA EL ADULTO MAYOR (PROTESIS)
- *ATENCION GERIATRICA EN LOS CENTROS DE SALUD
- *MÁS HORAS DE ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA PARA EL PACIENTE POSTRADO.
- *LECHE (PACAM) POR QUE A LOS 70 Y NO ANTES?
- *DIFUNDIR HORARIO: SE ABRE A LAS 7:30 HORAS
- *MÁS HORAS OFTALMOLOGICAS

1.2. POLO DOMEYKO

1. PROBLEMAS RECOGIDAS 2012

- Se destaca por parte de la comunidad un descontento con las horas médicas que allí se otorgan a los usuarios, se manifiesta una disconformidad con la dotación de profesionales, quienes no cubren el total de la demanda. Dicha situación se destaca en las estaciones médicas, donde generalmente se aprecian grandes deficiencias en el momento en que el médico falta. No hay posibilidades de cobertura.
- Se percibe una priorización de horas para los inmigrantes, en desmedro de la población chilena.
- Falta de locomoción y/o traslado desde el CESFAM hasta el HCSBA.
- Se necesita de una urgencia infantil.
- Se destaca una elevada cantidad de inscritos que colapsan la atención, dificultando así la mejora del servicio.
- Existe la necesidad de atención dental para el adulto mayor, específicamente en placas dentales y prótesis.
- Tiempos de espera por las patologías AUGE
- Domicilios falsos, teléfonos falsos, dificultan el seguimiento de los casos y el buen desarrollo de los procesos de intervención.
- Domicilios fuera de sector.
- Existe una rotación de profesionales que termina con el vínculo y la confianza entre el profesional y el paciente.
- Buen trato al paciente.
- Poca representatividad del consejo de desarrollo local.
- No hay bajada de información hacia la comunidad

1.3. POLO ORELLANA

Metodología de trabajo: Se divide en trabajo en una primera etapa por Polos, se trabajan los problemas considerando lo analizado en 2009. Luego se trabaja por ciclos vitales.

En relación a lo discutido como Polo para poder un orden se han dividido los problemas igual por ciclo vital y grande temas:

1. Familia y promoción
 - Se requiere mejorar información referente a la canasta de prestaciones que se entrega en los consultorios.
 - Falta de información en las estaciones medicas de la existencia de turnos de extensión horaria en el CES.
 - Falta de entrega de información del manejo de interconsulta y estado de avance de gestión de cada una.
 - Desconocimiento de la cartera de servicios de APS
2. Ciclo vital del Niño
 - Necesidad de Vacunatorio y entrega de leche en todos los centros (Estaciones médicas y consultorio)
3. Ciclo vital del Adolescente
 - Se requiere mayor colaboración con redes de apoyo a adolescentes en problemas
 - Adolescente alejado de los controles de salud, debería tener un carne de controles sanos del adolescente.
 - Falta de espacios comunitarios y realización de talleres extraescolares
 - Realización de talleres para padres que permita pesquisar en forma oportuna situaciones de riesgo en los adolescentes.
 - Falta de personal en SOME
4. Ciclo vital del Adulto
 - Falta aumentar los cupos en atención dental y tener un horario para entrega de horas para la población que no es grupo objetivo de metas.
 - Falta de horas de especialista, comunidad considera que los consultorios debería tener especialidades.
 - Faltan más cantidad de horas medico en los centros, oferta de horas es insuficiente en relación a la demanda.
 - Hospital San Borja está colapsado y los cupos de atención a especialidad no alcanzan a cubrir la demanda real.
 - Las personas que buscan hora para atención de urgencia a dentista deben llegar muy temprano en la mañana por lo que sugieren que las atenciones se entreguen mas tarde.
 - Que los centros se abra a las 7:30 hrs.

5. Ciclo vital del Adulto Mayor
- Es necesario de un sistema de derivación a especialidades más expedito
 - Atención de Geriatra en el consultorio
 - Falta dar aviso oportuno cuando el profesional no puede atender y remplazo de licencias y vacaciones
 - Escases de horas médicas
 - Solicitud de medicamentos más específicos para Tratamiento de artrosis.
 - Capacitaciones para entrega de recetas de diferentes preparaciones con los productos del Programa de alimentación complementaria del adulto mayor
 - La entrega de horas debería ser en la tarde y de un día para otro.
 - Falta entrega de prótesis dental y acceso a horas de dentista.
 - Falta de rehabilitación física y kinesiólogía motora en el consultorio Orellana.
 - Falta de personal en SOME
 - Falta oficina OIRS
 - Falta presencia de guardias en los consultorios y estaciones
6. Infraestructura y equipamiento
- Se requiere ampliar espacios físicos en centros:
 - Salas de espera
 - Box de atención
 - Salas de talleres y reuniones con la comunidad
 - Mas sillas para salas de espera
 - Vehículos de traslado y ambulancia para pacientes

1.4. POLO ARAUCO

El día 28 de Septiembre del 2012 se realizó la jornada de trabajo de red sobre diagnostico participativo, en dicha instancia se revisó la propuesta anterior y se obtuvo, lo siguiente:

Respecto a:

¿Cuáles son los problemas de salud que afectan a la comunidad?

En su gran mayoría, los presentes señalaron que el nuevo consultorio ha permitido mejorar mucho la dación de horas, problema que se evidencio el año anterior.

Actualmente no visualizan faltas de horas médicas, ni de otros profesionales. Valoran el aumento de horas dentales. Señalan que está más expedito el sistema, las horas se obtienen en el día o a más tardar un día después.

Si señalan que persiste el problema de horas para personas que se encuentran enfermas en su domicilio y que no son enfermos postrados, pero si Adultos mayores.

Otro punto conflictivo es el acceso al Centro de Salud. No existe locomoción directa y tampoco un paso peatonal en la calle Bascuñan Guerrero.

¿Cómo ha sido su experiencia cuando han sido atendidos en el Consultorio?

En general los usuarios han visto progresos en este punto, señalan buena atención en general, una infraestructura excelente así también el equipamiento, estos últimos, evidentemente dan calidad a la atención.

Los participantes evidencian falta de información en algunas áreas como ubicación de Somes y box de los profesionales por sector.

También protocolos de atención que puedan ser conocidos por los usuarios.

¿Conoce la comunidad los servicios que ofrece el centro de Salud al que pertenecen?

Muy poco. Reconocen solo los grupos de actividad Física.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS GENERATIVOS POR CICLO VITAL

CICLO VITAL Grupo celeste (niños)

- 1.- Los niños que se encuentran Institucionalizados, tienen un problema de doble inscripción dado que registran su residencia en otra comuna, por lo que impide una atención oportuna.
- 2.- Falta de mudadores en los baños de los distintos establecimientos de salud pertenecientes a la comuna de Santiago
- 3.- Falta de Horas dentales para aquellos grupos que no están priorizados (+ 3 años)
- 4.- Falta información de Chile Crece Contigo.
- 5.- Implementar un vacunatorio en Viel y Cesfam Arauco, descentralizar la bodega de leche
- 6.- Falta información acerca de las distintas dependencias de la Municipalidad de Santiago, es decir de sus servicios.
- 7.- Faltan horas de psicólogos infantiles,
- 8.- Faltan pediatras en Sapu de CESFAM 1
- 9.- Se sugiere implementar más salas de estimulación.
- 10.- Mayor coordinación entre Jardines Infantiles de la comuna y Salud para abordar temas sensibles (desarrollo de la sexualidad)

ANALISIS

- 1.- Falta de protocolo de acción para abordar la inscripción de niños, y niñas institucionalizados.
- 2.- Debe realizarse un análisis local de los problemas de infraestructura.
- 3.- Es necesario que los equipos de salud evidencien a las autoridades la falta de horas de atención dental, Psicología y especialista en urgencias para los niños y niñas.
- 4 y 6.- Falta de difusión del programa Chile Crece Contigo, GES y los servicios que ofertan los centros de salud y departamentos de la Municipalidad

CICLO VITAL Grupo rojo (Adolescentes)

- 1.- Generar campañas de prevención de alcohol y drogas.
- 2.- Instaurar sistema de módulos de atención destinados y protegidos para los jóvenes
- 3.- Difusión de talleres y actividades disponibles para adolescentes incorporando las redes sociales.
- 4.- Mediante la participación en salud ser formador de líderes y voluntarios.
- 5.- Aumentar la cantidad de charlas en colegios acerca de la educación sexual y afectiva.

ANALISIS

- 1.- Desconocimiento de la comunidad y falta de difusión en torno a los programas implementados en la red y actividades programadas con DEM para este ciclo vital.

CICLO VITAL Grupo verde (adultos 20 a 64 años)

- 1.- Se solicita mayor cobertura para horas dentales.
- 2.- Mayor difusión en cuanto a EMPA.
- 3.- Mejorar relación médico-paciente.
- 4.- Implementar extensión horaria de atención para las personas que trabajan.
- 5.- Descentralizar la preocupación etárea.
- 6.- Instalar espacios de recreación para este grupo.
- 7.- Implementar sistema de convenios para diversos exámenes.

ANALISIS

- 1.- Es necesario que los equipos de salud evidencien a las autoridades la falta de horas de atención dental, generando espacios protegidos de atención para los grupos laboralmente activos.
- 2.- Pasividad frente al auto cuidado de la salud en este grupo etario.
- 3.- Desconocimiento de las estrategias de priorización para su grupo etario.

CICLO VITAL Grupo 1 amarillos (adultos mayores)

- 1.- Falta de médicos especialistas.
- 2.- Se sugiere que se realicen visitas médicas domiciliarias.
- 3.- Mejorar la dación de horas prioritarias para el adulto mayor.
- 4.- Más atención dental (no AUGE).
- 5.- Mayor información y educación respecto al uso del sistema AUGE.
- 6.- Educar respecto al uso de los alimentos que entregan los establecimientos mediante recetas o cursos de cocina, etc.

CICLO VITAL Grupo 2 amarillos (adultos mayores)

- 1.- Falta de especialistas Geriatra, oftalmólogo, traumatólogos.
- 2.- Mejorar trato de profesionales (especialmente los más jóvenes) hacia los adultos mayores.
- 3.- Mejorar información respecto al Auge, bono Auge.
- 4.- Falta implementar sistema de bus comunal que traslade a los pacientes desde los distintos centros de salud hacia el Hospital Clínico San Borja Arriarán.
- 5.- Aumentar horas dentales (prótesis)

ANALISIS

- 1.- Es necesario que los equipos de salud evidencien a las autoridades la falta de horas de dentales prioritarias e integrales para este grupo etario.
- 2.- Desconocimiento de las estrategias de priorización para su grupo etario y de las estructuras en los diversos niveles de atención. (Nivel Primario, Secundario, Terciario)
- 3.- Desinformación de la ley de deberes y derechos.

CICLO VITAL Grupo naranjo (migrantes)

- 1.- Considerar las condiciones sanitarias de esta población para la atención de salud. (hacinamiento, escaso acceso a servicios básicos entre otros)
- 2.- Prevenir el aumento de enfermedades transmisibles como TBC
- 3.- Sensibilizar a la comunidad respecto a la población extranjera en cuanto a la percepción que existe que es una población que tiene prioridad en la atención.
- 4.- Considerar aspectos culturales para la atención de salud (pérdida de identidad) lo que podría generar problemas de salud mental.

ANALISIS

- 1.- Estas condicionantes representan la percepción de la comunidad chilena respecto a la Migrantes. Cabe señalar que no hubo representatividad de dicho grupo.
- 2.- Preocupación por los diversos factores de riesgo asociados a este grupo.
- 3.- Falta de integración de los migrantes en los procesos participativos en los centros de salud.
- 4.- Percepción errónea por parte de la comunidad chilena respecto a la priorización en la atención de dicho grupo.
- 5.- Falta de Integración de los aspectos culturales de dicho grupo en las atenciones de salud.

ANALISIS POR POLO DE ATENCION

CESFAM Ignacio Domeyko	Ces benjamín viel	CES Padre Orellana	CESFAM Arauco
- Se destaca por parte de la comunidad un descontento con las horas médicas que allí se otorgan a los usuarios, se manifiesta una disconformidad con la dotación de profesionales, quienes no cubren el total de la demanda. Dicha situación se destaca en las estaciones médicas, donde generalmente se aprecian grandes deficiencias en el momento en que el médico falta. No hay posibilidades de cobertura. - Se percibe una priorización de horas para los inmigrantes, en desmedro de la población chilena. - Falta de locomoción y/o traslado desde el CESFAM hasta el HCSBA. - Se necesita de una urgencia infantil. - Se destaca una elevada cantidad de inscritos que colapsan la atención, dificultando así la mejora del servicio. - Existe la necesidad de atención dental para el adulto mayor, específicamente en placas dentales y prótesis. - Tiempos de espera por las patologías AUGE - Domicilios falsos, teléfonos falsos, dificultan el seguimiento de los casos y el buen desarrollo de los procesos de intervención. - Domicilios fuera de sector. - Existe una rotación de profesionales que termina con el vínculo y la confianza entre el profesional y el paciente. - Buen trato al paciente. - Poca representatividad del consejo de desarrollo local. - No hay bajada de información hacia la comunidad.	- Poco acceso a horas para ingreso de los niños a control - Problemas con inscripción y posterior atención (sa) - Horarios flexibles para la inscripción - Educación sobre sexualidad - Aumentar atención dental - Exámenes preventivos para niños y niñas del sector - Difusión oferta (controles sanos, clap) - Aumentar actividades de promoción para adolescentes en colegios - Realizar más charlas de sexualidad - Exámenes preventivos para este grupo etario - Difusión de prestaciones (clap, talleres, empas) - Aumentar atención dental - Mejorar coordinación entre los distintos departamentos municipales - Aumentar atención dental - Los usuarios no se hacen los exámenes preventivos (pap-empa) - Disfusión de los exámenes preventivos - Aumento de horas para los adultos, se copan con las horas por los adultos mayores - Difundir programas del adulto y garantías auge - Mayor horas oftalmológicas - Mejorar coordinación entre los distintos departamentos municipales - Los adultos mayores no se realizan efam	- Se requiere mejorar información referente a la canasta de prestaciones que se entrega en los consultorios. - Falta de información en las estaciones medicas de la existencia de turnos de extensión horaria en el CES. - Falta de entrega de información del manejo de interconsulta y estado de avance de gestión de cada una. - Desconocimiento de la cartera de servicios de APS - Necesidad de Vacunatorio y entrega de leche en todos los centros (Estaciones médicas y consultorio) - Se requiere mayor colaboración con redes de apoyo a adolescentes en problemas - Adolescente alejado de los controles de salud, debería tener un carne de controles sanos del adolescente. - Falta de espacios comunitarios y realización de talleres extraescolares - Realización de talleres para padres que permita pesquisar en forma oportuna situaciones de riesgo en los adolescentes. - Falta de personal en - Falta aumentar los cupos en atención dental y tener un horario para entrega de horas para la población que no es grupo objetivo de metas. - Falta de horas de especialista, comunidad considera que los consultorios debería tener especialidades. - Faltan más cantidad de horas medico en los centros, oferta de horas es insuficiente en relación a la demanda. - Hospital San Borja está colapsado y los cupos de atención a especialidad no alcanzan a cubrir la demanda real.	- El nuevo centro de salud ha permitido mejorar mucho la dación de horas. No evidenciándose un problema en esto. - Falta de horas para personas que se encuentran enfermas en su domicilio y que no son enfermos postrados, pero si Adultos mayores. - Acceso al Centro de Salud. No existe locomoción directa y tampoco un paso peatonal en la calle Bascuñan Guerrero. - Falta de información en algunas áreas como ubicación de Somes y box de los profesionales por sector. - Desconocimiento de los protocolos de atención que puedan ser conocidos por los usuarios. - Falta de conocimiento de las actividades de promoción.

CESFAM Ignacio Domeyko	Ces benjamín viel	CES Padre Orellana	CESFAM Arauco
	• Integrar clases de actividad física para el adulto mayor, baile entretenido, yoga, etc • Falta de promoción de las actividades del adulto mayor • Falta de horas dentales para el adulto mayor (protesis) • Atención geriátrica en los centros de salud • Más horas de atención médica domiciliaria para el paciente postrado. • Leche (pacam) ¿porque a los 70 y no antes? • Difundir horario: se abre a las 7:30 horas	• Las personas que buscan hora para atención de urgencia a dentista deben llegar muy temprano en la mañana por lo que sugieren que las atenciones se entreguen mas tarde. • Que los centros se abra a las 7:30 hrs. Es necesario de un sistema de derivación a especialidades más expedito • Atención de Geriatria en el consultorio • Falta dar aviso oportuno cuando el profesional no puede atender y remplazo de licencias y vacaciones • Escases de horas médicas • Solicitud de medicamentos más específicos para Tratamiento de artrosis. • Capacitaciones para entrega de recetas de diferentes preparaciones con los productos del Programa de alimentación complementaria del adulto mayor • La entrega de horas debería ser en la tarde y de un día para otro. • Falta entrega de prótesis dental y acceso a horas de dentista. • Falta de rehabilitación física y kinesiología motora en el consultorio Orellana. • Falta de personal en SOME • Falta oficina OIRS • Falta presencia de guardias en los consultorios y estaciones • Se requiere ampliar espacios físicos en centros: • Salas de espera • Box de atención • Salas de talleres y reuniones con la comunidad • Mas sillas para salas de espera • Vehículos de traslado y ambulancia para pacientes	

D. Plan de Acción Polo Domeyko

SALUD MATERNO PERINATAL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de conocimientos y capacidad de crianza de los padres o cuidadores	Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes participen en al menos 1 taller	(Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Déficit del apego seguro	Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Control prenatal con acompañante	20% de mujeres que asisten a controles prenatales son acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Riesgo de parto prematuro y otras patologías asociadas al consumo de tabaco durante el embarazo	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT) en consulta odontológica	100% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09, Sección B	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo	Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	0.5% de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales /N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100	REM A01 Población inscrita	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mortalidad materna y perinatal asociado al riesgo obstétrico	Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente y guía GES	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de depresión asociada al embarazo y postparto	Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM A03	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	El 80% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	(Nº de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12)*100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor morbilidad y mortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial elevado	Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron	REM A 26 REM P1	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Malnutrición de la embarazada	Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	60% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso) * 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	Matronas Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100			Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Existencia de transmisión vertical de VIH	Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	(Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) *100	REM A 19 REM A 11 Registro interno Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Consejeros VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / Nº total gestantes que acceden a Test de detección VIH) *100			
		Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	(Nº total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM – A 05 REM - A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) *100	Registros de actividad: - Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH) *100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Problemas de salud de la gestante y el niño asociados al consumo de alcohol	Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /Nº total de gestantes bajo control) *100	REM A05 Sección K / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			80% de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos o más) ingresadas a salud mental	(Nº de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos) ingresadas a salud mental/ Nº total de mujeres gestantes con audit >8 *100	REM A05 Sección K/ REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor riesgo de patologías de morbilidad en gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de apego adecuado entre la madre y el hijo RN	Realizar el control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	70% púerperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de púerperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / Nº niños inscritos antes de 10 días) *100	REM A 01 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida.	10% púerperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de patología buco dental en mujeres embarazadas y patologías perinatales relacionadas	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥62% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09, sección C REM A05, sección A	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de obesidad en mujeres	Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8º mes post parto(EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 3º mes post parto Evaluación nutricional de mujeres al 8º mes post parto	15% de mujeres postparto asisten a control nutricional al 3 y al 8vo mes	(Nº de mujeres en el control 3º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 3º meses post parto) * 100 (Nº de mujeres en el control 8º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 8º meses post parto) * 100	REM 03 REM P 1	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Transmisión vertical de sífilis	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100	REM A11 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis)* 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	(Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100	**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/Nº Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD INFANTIL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de estilos de vida no saludables en población infantil	Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) según Plan de promoción comunal	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	REM A19a Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas Factores protectores psicosociales G98+G101+G102+G105+G06+G109+G110+G113 Factores protectores ambientales H98+H101+H102+H105+H06+H109+H110+H113 Derechos Humanos I98+I101+I102+I105+I06+I109+I110+I113 Chile Crece Contigo L98+L101+L102+L105+L06+L109+L110+L113	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas < 10 años reciben consejería individual de actividad física	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / Nº de niños/as menores de 10 bajo control)* 100	Numerador: REM A19a Celdas: D22+D23+D24+D25+D26+D27+D28+D29+D30+D31 Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32+AB32+AC32)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Malnutrición infantil	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	60% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda C63 Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas N32+O32 +P32+Q32+R32+S32.	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	25% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas (X32+Y32)/2	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Problemas de la convivencia escolar y entre pares	Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental según convenio de salud mental	20% de jardines infantiles públicos intervenidos.	(Nº de jardines infantiles públicos con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº de jardines públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de jardines infantiles públicos, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /Nº de jardines infantiles públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Inicio temprano del consumo de tabaco	Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	Según programa escuelas saludables	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	REM A19a Sección B.1. Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña	Alcanzar un 45% de niños con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida (año 2011=32%)	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100	REM A03	Enfermera Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de deficiencias del desarrollo integral relacionados con la crianza	Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
			5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Numerador: Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (E12+F12) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011 (75%).	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: H14 Denominador: REM P2"Sección A: Población en Control", Celdas (L32+M32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes		Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	100% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 meses controlados) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (L10) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas:	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (M11) Denominador: REM		Mayo. 2013 Sept. 2013
			Línea base porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(Nº de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)*100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve", Celda (F20+F26) Denominador: REM A-03, Sección A		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 21 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 21 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 21 a 35 meses / Nº total de niños y niñas de 21 a 35 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N10) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	60% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 36 a 47 meses bajo control) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N11) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Numerador: Registro SIGGES "Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud" GES PREVENTIVO		Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de enfermedades infecciosas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos metabólicos y malnutrición infantil	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS	(N° de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención / N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl REM A05 SECCION S	Médico Psicólogos nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia patologías bucodentales infantiles	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias	90% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / N° de controles de salud realizados a grupo de 12 a 23 meses) * 100	Registro local REM A01 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado / total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100	REM A09, Sección B o J	odontólogos	
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B “Controles de salud según ciclo vital”, Celdas: (N29+N30) Denominador: REM P2 “Sección A: Población en Control”, Celdas: (X32+Y32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30+P29+P30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Línea base inasistentes a control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente/ Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: "Población inasistentes a control del niños sano", Celda: (C71)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto índice de caries en la población infantil	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100		odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(Nº de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de obesidad infantil	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	80% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)*100.	Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02: SUMA(F27:AC27) + SUMA(F28:AC28).	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E33+F33+G33+H33) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D20+E20+F20+G20).	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	63 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses con riesgo de DSM) Denominador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses recuperados de riesgo de enero a diciembre 2013, según edad)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	80% de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E34+F34+G34+H34+E35+F35+G35+H35) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D21+E21+F21+G21+D22+E22+F22+G22)	Enfermeras Equipo sala de estimulación	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias", Celdas: (D11+E11+F11) Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (C43+C44+C45+C46+C47+C48+C49+C50+C51+C52).	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Diagnóstico positivo de VIH en población infantil	Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ Nº total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	Registros de actividad por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud. Registro único de información de VIH/SIDA (SUR VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad infantil por IRA	Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	Realizar visita domiciliaria integral al 35% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)/ Nº total niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) *100	Numerador: REM 26, Celda C13 Denominador: REMP2, Sección D "Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación riesgo IRA) Celdas C57+C58	Enfermera Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADOLESCENTE

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo
Alta prevalencia de conductas de riesgo en población adolescente	Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo.	10 % de los adolescentes controlados participan en talleres de Espacios de Atención Amigables (EAA)	(Nº de adolescentes controlados que participan de consejería en Espacios de Atención Amigables (EAA)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100	Rem 19	Matronas Asistentes sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de infección por VIH en población adolescente	Promover la detección precoz de la infección por VIH	Realizar actividades de promoción del examen VIH en la comunidad.	100% de las actividades planificadas realizadas.	Nº de actividades de consejería intervención VIH	REM19	Consejeros	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección A Consejería Tabaquismo	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Implementar actividades de promoción en tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección B.1 Actividades de promoción	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	≥ 95% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09, Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente	Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 10 a 14 años en un 7% en relación a año 2012	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 / Población Inscrita de 10 a 14 años	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar cobertura de adolescentes con control de salud	Control de Salud "Joven Sano" bianual a adolescentes de 15 a 19 años.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 15 a 19 años en un 10% en relación a año 2012. (5% RED)	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) x 100		Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x 100	REM A09, Sección B o J	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Embarazo adolescente ITS en población adolescente	Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 28% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012/ Línea base 2012) x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería regulación fertilidad	90% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en regulación de fertilidad	Nº adolescentes según sexo, que recibe consejería en regulación de fertilidad/ Nº total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	REM A 19	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Aumentar en 259 población adolescente bajo control en regulación de fertilidad	Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2013- Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012X 100		Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería en SSR	Disminución Porcentual de adolescentes embarazadas de 10-14	Nº de adolescentes embarazadas de 10-14 años / Población inscrita de 10 a 14 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Disminución porcentual adolescentes embarazadas de 15-19 años	Nº de adolescentes embarazadas de 15-19 años / Población inscrita de 15 a 19 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes	Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario–nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención	(Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	Incorporar al REM los datos del registro ya existentes	Médico Psicólogos Nutricionistas Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	60% de atención nutricional de adolescentes entre 15 y 19 años con obesidad	(Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional entre 15 y 19 años/ Nº Total de adolescentes con obesidad entre 15 y 19 años) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricional A4 Consulta Nutricionista. Sección B Generar línea de base	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alto riesgo de suicidio adolescente	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de GHQ12 para detección de depresión en población inscrita	Contar con línea base aplicación de GHQ12	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de GHQ12 / Total adolescentes inscritos X 100	. Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en población inscrita	Contar con Línea base de aplicación de AUDIT.	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ Total adolescentes inscritos x 100	REM A05 Sec. J/ ingreso PSM	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	SIGGES REM A6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes mayores de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(Nº de adolescentes mayor de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES REM 6 REM P6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto riesgo de suicidio adolescente	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con problemas y trastornos de salud mental.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (COSAM)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			100% de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (Hospital)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(Nº adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ Nº total adolescentes bajo control en planificación familiar) x100	REM A 19 REM A 1	Consejeros VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Aumento de prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adolescentes	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac < 7% en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	≥ 70% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos y validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de malnutrición y sedentarismo en población adulta	Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	-Reuniones con la comunidad o intersector -Entrega de material informativo de actividad física -Difusión en salas de espera a través de videos que promuevan la alimentación saludable y ejercicios -Difusión de talleres de actividad física desarrollados en la comuna a través de la página web	2 actividades de difusión en los CDL por polo Entrega de 10.000 cartillas de actividad física y alim. Saludable a la comunidad Habilitación de videos en al menos 3 salas de espera por polo. Publicación bimensual de actividades físicas realizadas en www.saludstgo.cl y centros de salud	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de morbimortalidad por tabaquismo en población adulta	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 50% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva de la mujer aplicando pauta de protocolo.	25% cobertura de EMP	(Nº de EMP realizados a población femenina adulta beneficiaria FONASA/ Población femenina adulta beneficiaria FONASA) x 100.	REM REM A02 , Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	17% cobertura de EMP realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	REM A02 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad en hombres por patología cardiovascular	Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(N° de hombres controlados en el PSCV a diciembre de 2013 / N° total de hombres bajo control en el PSCV a diciembre 2012) x 100	REM P04, Sección A Población Total masculina beneficiaria FONASA.	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por patología cerebrovascular Mayor reincidencia de episodios cerebrovasculares en pacientes tratados deficitariamente	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(N° total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	N° de personas compensadas en control PCV/ N° total de personas en PSCV x 100	Numerador: Registro local Denominador: REM PO 4	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(N° de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) *100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl	Médicos Psicólogos Nutricionistas Prof. Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 1% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con hipertensión.	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2013/ Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 1% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con diabéticas.	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2013/ Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies. El 60% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas con evaluación de los pies/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 ingresadas) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección c REM P04, Sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04, SECCI ON C	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2 Planilla SUR VIH	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica.	Incrementar en 20% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	REM P04; Sección B	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago y comorbilidad asociada	Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10, sección A REM A04, sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta mortalidad por cáncer mama en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar 41% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Baja cobertura de atención en mujeres trabajadoras	Mejorar la accesibilidad de mujeres trabajadoras a la atención de matrona	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona	Alcanzar 50% de cobertura	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona/total de mujeres atendidas en EH x 100	Registro FCE	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Descompensación de pacientes crónicos respiratorios	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100	REM A23 REMP03	Médicos Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de patologías bucodentales en población adulta	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	Aumento del 50% de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 213/ Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 212) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta recurrencia de patologías respiratorias en pacientes crónicos	Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 20% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / Nº total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Promoción

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x 100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada FONASA	Enfermeras Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I22 a I31	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I12 a I21	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100.	Registro local	Equipo Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
Exposición de adultos mayores con patología respiratoria a ambientes con humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de actividades de promoción en consejería antibacno/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 09 Sección A / REM P03 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13	Enfermeras Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en 10% el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por FONASA	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	Generar plan de intervención de AM detectados con riesgo social.	Plan generado	Registro local	Asistentes Sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de insuficiencia renal crónica en población adulta mayor en control cardiovascular	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(Nº de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses)/ (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular	95% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV con fichas clínicas auditadas, que presentan microalbuminuria ≥ 30 mg están en tratamiento con IECA o ARA II.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses auditados)/ (Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg auditados) *100	Registro local	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbimortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscofia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad mortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 35% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(Nº de personas de 65 años vacunadas/ Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Nº de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ Nº total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad mortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 5% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 3 % respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(Nº de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de ITS en población adulta mayor	Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Morbilidad asociada al climaterio	Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio	Control de climaterio	Cobertura inscritos: 30%	(N° de mujeres de 45 a 64 años bajo control/N° de mujeres de 45 a 64 años inscritas)*100	REM P1	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 0.8% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos de salud en personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa	Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100	Registro PRAPS	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	60% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) y	REM P04; Sección C. REM P04, sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C Celda E44	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
		Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 70 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(Nº de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) Ficha clínica electrónica Cartola PSCV	UAPO	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor no tratada	Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y	10% de aumento	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2013/ Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2012)x100	REMP06	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

FAMILIA

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Disfunción familiar	Aumentar el número de familias con clasificación de riesgo Aumentar el número de estudios de familia Aumentar el número de visitas domiciliarias integrales	Aplicación de pauta de riesgo a nuevas familias, focalizadas según criterios locales Realizar estudios de familia según protocolo Realizar VDI a familias con aplicación de pauta de riesgo según protocolo	10% de las familias con aplicación de pauta de riesgo 10 estudios de familia por sector o equipo territorial al año 25 VDI al año por sector o equipo territorial	(Nº de familias evaluadas/Nº de familias inscritas)x 100 Nº de estudios por sector Nº de VDI por sector	REM P06 Registro local	Equipos	Mayo. 2013 Sept. 2013

E. Plan de Acción Polo Orellana

SALUD MATERNO PERINATAL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de conocimientos y capacidad de crianza de los padres o cuidadores	Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes participen en al menos 1 taller	(N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Déficit del apego seguro	Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Control prenatal con acompañante	30% de mujeres que asisten a controles prenatales son acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Riesgo de parto prematuro y otras patologías asociadas al consumo de tabaco durante el embarazo	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT) en consulta odontológica	100% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09, Sección B	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo	Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	1% de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales /N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100	REM A01 Población inscrita	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mortalidad materna y perinatal asociado al riesgo obstétrico	Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente y guía GES	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de depresión asociada al embarazo y postparto	Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM A03	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	El 80% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	(Nº de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12)*100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor morbimortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial elevado	Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron	REM A 26 REM P1	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Malnutrición de la embarazada	Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	65% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso) * 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	Matronas Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit) * 100			Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Existencia de transmisión vertical de VIH	Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	(Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) *100	REM A 19 REM A 11 Registro interno Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Consejeros VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / Nº total gestantes que acceden a Test de detección VIH) *100			
		Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	(Nº total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal/ Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM – A 05 REM - A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas/ Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) *100	Registros de actividad: - Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH) *100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Problemas de salud de la gestante y el niño asociados al consumo de alcohol	Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /Nº total de gestantes bajo control) *100	REM A05 Sección K / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			80% de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos o más) ingresadas a salud mental	(Nº de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos) ingresadas a salud mental/ Nº total de mujeres gestantes con audit >8 *100	REM A05 Sección K/ REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor riesgo de patologías de morbimortalidad en gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de apego adecuado entre la madre y el hijo RN	Realizar el control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	70% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / Nº niños inscritos antes de 10 días) *100	REM A 01 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	10% puérperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes entre los 11 y 28 días / Nº de niños inscritos menores de 28 días sin diada antes de los 10 días) *100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de patología buco dental en mujeres embarazadas y patologías perinatales relacionadas	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥62% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09, sección C REM A05, sección A	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de obesidad en mujeres	Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8º mes post parto(EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 3º mes post parto Evaluación nutricional de mujeres al 8º mes post parto	15% de mujeres postparto asisten a control nutricional al 3 y al 8vo mes	(Nº de mujeres en el control 3º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 3º meses post parto) * 100 (Nº de mujeres en el control 8º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 8º meses post parto) * 100	REM 03 REM P 1	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Transmisión vertical de sífilis	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100	REM A11 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis)* 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	(Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100	**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/Nº Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD INFANTIL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de estilos de vida no saludables en población infantil	Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) según Plan de promoción comunal	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	REM A19a Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas Factores protectores psicosociales G98+G101+G102+G105+G06+G109+G110+G113 Factores protectores ambientales H98+H101+H102+H105+H06+H109+H110+H113 Derechos Humanos I98+I101+I102+I105+I06+I109+I110+I113 Chile Crece Contigo L98+L101+L102+L105+L06+L109+L110+L113	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas < 10 años reciben consejería individual de actividad física	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / Nº de niños/as menores de 10 bajo control)* 100	Numerador: REM A19a Celdas: D22+D23+D24+D25+D26+D27+D28+D29+D30+D31 Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32+AB32+AC32)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Malnutrición infantil	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	60% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda C63 Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas N32+O32 +P32+Q32+R32+S32.	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	25% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas (X32+Y32)/2	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Problemas de la convivencia escolar y entre pares	Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental según convenio de salud mental	100% de jardines infantiles públicos intervenidos.	(Nº de jardines infantiles públicos con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº de jardines públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de jardines infantiles públicos, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /Nº de jardines infantiles públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Inicio temprano del consumo de tabaco	Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	Según programa escuelas saludables	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	REM A19a Sección B.1. Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña	Alcanzar un 35% de niños con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida (año 2011=32%)	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100	REM A03	Enfermera Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de deficiencias del desarrollo integral relacionados con la crianza	Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
			5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Numerador: Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (E12+F12) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011 (80%).	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: H14 Denominador: REM P2"Sección A: Población en Control", Celdas (L32+M32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	100% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 meses controlados) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (L10) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas:	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (M11) Denominador: REM		Mayo. 2013 Sept. 2013
			Línea base porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(Nº de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)*100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve", Celda (F20+F26) Denominador: REM A-03, Sección A		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 21 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 21 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 21 a 35 meses / Nº total de niños y niñas de 21 a 35 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N10) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	60% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 36 a 47 meses bajo control) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N11) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Numerador: Registro SIGGES "Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud" GES PREVENTIVO		Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de enfermedades infecciosas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos metabólicos y malnutrición infantil	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS	(N° de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención / N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl REM A05 SECCION S	Médico Psicólogos nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia patologías bucodentales infantiles	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias	90% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / N° de controles de salud realizados a grupo de 12 a 23 meses) * 100	Registro local REM A01 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado / total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100	REM A09, Sección B o J	odontólogos	
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B “Controles de salud según ciclo vital”, Celdas: (N29+N30) Denominador: REM P2 “Sección A: Población en Control”, Celdas: (X32+Y32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30+P29+P30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Línea base inasistentes a control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente/ Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: "Población inasistentes a control del niños sano", Celda: (C71)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto índice de caries en la población infantil	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100		odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(Nº de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de obesidad infantil	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	80% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)*100.	Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02: SUMA(F27:AC27) + SUMA(F28:AC28).	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E33+F33+G33+H33) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D20+E20+F20+G20).	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	63 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses con riesgo de DSM) Denominador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses recuperados de riesgo de enero a diciembre 2013, según edad)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	80% de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E34+F34+G34+H34+E35+F35+G35+H35) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D21+E21+F21+G21+D22+E22+F22+G22)	Enfermeras Equipo sala de estimulación	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias", Celdas: (D11+E11+F11) Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (C43+C44+C45+C46+C47+C48+C49+C50+C51+C52).	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Diagnóstico positivo de VIH en población infantil	Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ Nº total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	Registros de actividad por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud. Registro único de información de VIH/SIDA (SUR VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad infantil por IRA	Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	Realizar visita domiciliaria integral al 35% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)/ Nº total niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) *100	Numerador: REM 26, Celda C13 Denominador: REMP2, Sección D "Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación riesgo IRA) Celdas C57+C58	Enfermera Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADOLESCENTE

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de conductas de riesgo en población adolescente	Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo.	10 % de los adolescentes controlados participan en talleres de Espacios de Atención Amigables (EAA)	(Nº de adolescentes controlados que participan de consejería en Espacios de Atención Amigables (EAA)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100	Rem 19	Matronas Asistentes sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de infección por VIH en población adolescente	Promover la detección precoz de la infección por VIH	Realizar actividades de promoción del examen VIH en la comunidad.	100% de las actividades planificadas realizadas.	Nº de actividades de consejería intervención VIH	REM19	Consejeros	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección A Consejería Tabaquismo	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Implementar actividades de promoción en tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección B.1 Actividades de promoción	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	≥ 95% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09, Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente	Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 10 a 14 años en un 7% en relación a año 2012	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 /Población Inscrita de 10 a 14 años	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar cobertura de adolescentes con control de salud	Control de Salud "Joven Sano" bianual a adolescentes de 15 a 19 años.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 15 a 19 años en un 10% en relación a año 2012. (5% RED)	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) x 100		Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x 100	REM A09, Sección B o J	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Embarazo adolescente ITS en población adolescente	Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 28% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012/ Línea base 2012) x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería regulación fertilidad	90% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en regulación de fertilidad	Nº adolescentes según sexo, que recibe consejería en regulación de fertilidad/ Nº total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	REM A 19	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Aumentar en 130 población adolescente bajo control en regulación de fertilidad	Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2013- Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012X 100		Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería en SSR	Disminución Porcentual de adolescentes embarazadas de 10-14	Nº de adolescentes embarazadas de 10-14 años / Población inscrita de 10 a 14 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Disminución porcentual adolescentes embarazadas de 15-19 años	Nº de adolescentes embarazadas de 15-19 años / Población inscrita de 15 a 19 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes	Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario–nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención	(Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	Incorporar al REM los datos del registro ya existentes	Médico Psicólogos Nutricionistas Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	60% de atención nutricional de adolescentes entre 15 y 19 años con obesidad	(Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional entre 15 y 19 años/ Nº Total de adolescentes con obesidad entre 15 y 19 años) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricional A4 Consulta Nutricionista. Sección B Generar línea de base	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alto riesgo de suicidio adolescente	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de GHQ12 para detección de depresión en población inscrita	Contar con línea base aplicación de GHQ12	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de GHQ12 / Total adolescentes inscritos X 100	. Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en población inscrita	Contar con Línea base de aplicación de AUDIT.	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ Total adolescentes inscritos x 100	REM A05 Sec. J/ ingreso PSM	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	SIGGES REM A6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes mayores de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(Nº de adolescentes mayor de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES REM 6 REM P6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto riesgo de suicidio adolescente	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con problemas y trastornos de salud mental.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (COSAM)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			100% de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (Hospital)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(Nº adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ Nº total adolescentes bajo control en planificación familiar) x100	REM A 19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
					REM A 1		

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Aumento de prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adolescentes	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac < 7% en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	≥ 70% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de malnutrición y sedentarismo en población adulta	Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	-Reuniones con la comunidad o intersector -Entrega de material informativo de actividad física -Difusión en salas de espera a través de videos que promuevan la alimentación saludable y ejercicios -Difusión de talleres de actividad física desarrollados en la comuna a través de la página web	2 actividades de difusión en los CDL por polo Entrega de 10.000 cartillas de actividad física y alim. Saludable a la comunidad Habilitación de videos en al menos 3 salas de espera por polo. Publicación bimensual de actividades físicas realizadas en www.saludstgo.cl y centros de salud	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de morbimortalidad por tabaquismo en población adulta	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 50% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva de la mujer aplicando pauta de protocolo.	25% cobertura de EMP	(Nº de EMP realizados a población femenina adulta beneficiaria FONASA/ Población femenina adulta beneficiaria FONASA) x 100.	REM REM A02 , Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	16% cobertura de EMP realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	REM A02 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad en hombres por patología cardiovascular	Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 6% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(Nº de hombres controlados en el PSCV a diciembre de 2013 / Nº total de hombres bajo control en el PSCV a diciembre 2012) x 100	REM P04, Sección A Población Total masculina beneficiaria FONASA.	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por patología cerebrovascular Mayor reincidencia de episodios cerebrovasculares en pacientes tratados deficitariamente	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	Nº de personas compensadas en control PCV/ Nº total de personas en PSCV x 100	Numerador: Registro local Denominador: REM PO 4	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(Nº de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) *100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl	Médicos Psicólogos Nutricionistas Prof. Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 1% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con hipertensión.	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2013/ Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 0.8% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con diabéticas.	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2013/ Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies. El 60% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas con evaluación de los pies/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 ingresadas) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección c REM P04, Sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04, SECCI ON C	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2 Planilla SUR VIH	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica.	Incrementar en 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	REM P04; Sección B	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago y comorbilidad asociada	Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10, sección A REM A04, sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta mortalidad por cáncer mama en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar 65% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Baja cobertura de atención en mujeres trabajadoras	Mejorar la accesibilidad de mujeres trabajadoras a la atención de matrona	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona	Alcanzar 30% de cobertura	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona/total de mujeres atendidas en EH x 100	Registro FCE	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Descompensación de pacientes crónicos respiratorios	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100	REM A23 REMP03	Médicos Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de patologías bucodentales en población adulta	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	Aumento del 50% de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 213/ Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 212) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta recurrencia de patologías respiratorias en pacientes crónicos	Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 20% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / Nº total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Promoción

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x 100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada FONASA	Enfermeras Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I22 a I31	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I12 a I21	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100.	Registro local	Equipo Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
Exposición de adultos mayores con patología respiratoria a ambientes con humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de actividades de promoción en consejería antibacno/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 09 Sección A / REM P03 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13	Enfermeras Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en 5% el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por FONASA	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	Generar plan de intervención de AM detectados con riesgo social.	Plan generado	Registro local	Asistentes Sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de insuficiencia renal crónica en población adulta mayor en control cardiovascular	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(Nº de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses)/ (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular	95% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV con fichas clínicas auditadas, que presentan microalbuminuria ≥ 30 mg están en tratamiento con IECA o ARA II.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses auditados)/ (Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg auditados) *100	Registro local	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbimortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscofia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad mortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 35% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad mortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 5% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 3 % respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de ITS en población adulta mayor	Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Morbilidad asociada al climaterio	Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio	Control de climaterio	Cobertura inscritos: 30%	(N° de mujeres de 45 a 64 años bajo control/N° de mujeres de 45 a 64 años inscritas)*100	REM P1	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 0.8% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos de salud en personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa	Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100	Registro PRAPS	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	60% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100.	REM P04; Sección C. REM P04, sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C Celda E44	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
		Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 70 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(Nº de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) Ficha clínica electrónica Cartola PSCV	UAPO	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor no tratada	Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y	10% de aumento	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2013/ Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2012)x100	REMP06	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

FAMILIA

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Disfunción familiar	Aumentar el número de familias con clasificación de riesgo Aumentar el número de estudios de familia Aumentar el número de visitas domiciliarias integrales	Aplicación de pauta de riesgo a nuevas familias, focalizadas según criterios locales Realizar estudios de familia según protocolo Realizar VDI a familias con aplicación de pauta de riesgo según protocolo	10% de las familias con aplicación de pauta de riesgo 10 estudios de familia por sector o equipo territorial al año 25 VDI al año por sector o equipo territorial	(Nº de familias evaluadas/Nº de familias inscritas)x 100 Nº de estudios por sector Nº de VDI por sector	REM P06 Registro local	Equipos	Mayo. 2013 Sept. 2013

F. Plan de Acción Polo Viel

META IMPACTO DE OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

SALUD MATERNO PERINATAL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de conocimientos y capacidad de crianza de los padres o cuidadores	Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes participen en al menos 1 taller	(N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Déficit del apego seguro	Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Control prenatal con acompañante	30% de mujeres que asisten a controles prenatales son acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Riesgo de parto prematuro y otras patologías asociadas al consumo de tabaco durante el embarazo	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT) en consulta odontológica	100% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09, Sección B	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo	Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	0.5% de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales /N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100	REM A01 Población inscrita	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mortalidad materna y perinatal asociado al riesgo obstétrico	Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente y guía GES	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de depresión asociada al embarazo y postparto	Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM A03	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	El 80% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	(Nº de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12)*100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor morbimortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial elevado	Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron	REM A 26 REM P1	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Malnutrición de la embarazada	Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	30% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	Matronas Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100			Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Existencia de transmisión vertical de VIH	Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	(Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) *100 (Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / Nº total gestantes que acceden a Test de detección VIH) *100	REM A 19 REM A 11 Registro interno Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Consejeros VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	(Nº total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal/ Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM – A 05 REM - A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) *100	Registros de actividad: - Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH) *100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Problemas de salud de la gestante y el niño asociados al consumo de alcohol	Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /Nº total de gestantes bajo control) *100	REM A05 Sección K / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			80% de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos o más) ingresadas a salud mental	(Nº de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos) ingresadas a salud mental/ Nº total de mujeres gestantes con audit >8 *100	REM A05 Sección K/ REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor riesgo de patologías de morbilidad en gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de apego adecuado entre la madre y el hijo RN	Realizar el control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	70% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / Nº niños inscritos antes de 10 días) *100	REM A 01 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	10% puérperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes entre los 11 y 28 días / Nº de niños inscritos menores de 28 días sin diada antes de los 10 días) *100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de patología buco dental en mujeres embarazadas y patologías perinatales relacionadas	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥62% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09, sección C REM A05, sección A	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de obesidad en mujeres	Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8º mes post parto(EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 3º mes post parto Evaluación nutricional de mujeres al 8º mes post parto	15% de mujeres postparto asisten a control nutricional al 3 y al 8vo mes	(Nº de mujeres en el control 3º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 3º meses post parto) * 100 (Nº de mujeres en el control 8º mes posparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 8º meses post parto) * 100	REM 03 REM P 1	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Transmisión vertical de sífilis	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100	REM A11 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis)* 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	(Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100	**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/Nº Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD INFANTIL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de estilos de vida no saludables en población infantil	Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) según Plan de promoción comunal	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	REM A19a Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas Factores protectores psicosociales G98+G101+G102+G105+G06+G109+G110+G113 Factores protectores ambientales H98+H101+H102+H105+H06+H109+H110+H113 Derechos Humanos I98+I101+I102+I105+I06+I109+I110+I113 Chile Crece Contigo L98+L101+L102+L105+L06+L109+L110+L113	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas < 10 años reciben consejería individual de actividad física	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / Nº de niños/as menores de 10 bajo control)* 100	Numerador: REM A19a Celdas: D22+D23+D24+D25+D26+D27+D28+D29+D30+D31 Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32+AB32+AC32)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Malnutrición infantil	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	60% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda C63 Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas N32+O32 +P32+Q32+R32+S32.	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	25% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas (X32+Y32)/2	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Problemas de la convivencia escolar y entre pares	Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental según convenio de salud mental	30% de jardines infantiles públicos intervenidos.	(Nº de jardines infantiles públicos con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº de jardines públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de jardines infantiles públicos, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /Nº de jardines infantiles públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Inicio temprano del consumo de tabaco	Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	Según programa escuelas saludables	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	REM A19a Sección B.1. Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña	Alcanzar un 35% de niños con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida (año 2011=32%)	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100	REM A03	Enfermera Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de deficiencias del desarrollo integral relacionados con la crianza	Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
			5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Numerador: Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (E12+F12) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011 (60%).	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: H14 Denominador: REM P2"Sección A: Población en Control", Celdas (L32+M32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	100% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 meses controlados) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (L10) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas:	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (M11) Denominador: REM		Mayo. 2013 Sept. 2013
			Línea base porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(Nº de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ Nº total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)* 100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve", Celda (F20+F26) Denominador: REM A-03, Sección A		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 21 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 21 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 21 a 35 meses / Nº total de niños y niñas de 21 a 35 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N10) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	60% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 36 a 47 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N11) Denominador: REM P2,		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Numerador: Registro SIGGES "Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud" GES PREVENTIVO		Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de enfermedades infecciosas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos metabólicos y malnutrición infantil	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS	(N° de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención / N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl REM A05 SECCION S	Médico Psicólogos nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia patologías bucodentales infantiles	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias	90% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / N° de controles de salud realizados a grupo de 12 a 23 meses) * 100	Registro local REM A01 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado / total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100	REM A09, Sección B o J	odontólogos	
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B “Controles de salud según ciclo vital”, Celdas: (N29+N30) Denominador: REM P2 “Sección A: Población en Control”, Celdas: (X32+Y32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30+P29+P30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Línea base inasistentes a control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente/ Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: "Población inasistentes a control del niños sano", Celda: (C71)	Enfermeras	

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto índice de caries en la población infantil	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100		odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(Nº de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(Nº de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de obesidad infantil	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	80% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)*100.	Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02: SUMA(F27:AC27) + SUMA(F28:AC28).	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E33+F33+G33+H33) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D20+E20+F20+G20).	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	63 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses con riesgo de DSM) Denominador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses recuperados de riesgo de enero a diciembre 2013, según edad)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	80% de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E34+F34+G34+H34+E35+F35+G35+H35) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D21+E21+F21+G21+D22+E22+F22+G22)	Enfermeras Equipo sala de estimulación	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias", Celdas: (D11+E11+F11) Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (C43+C44+C45+C46+C47+C48+C49+C50+C51+C52).	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo
Diagnóstico positivo de VIH en población infantil	Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ Nº total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	Registros de actividad por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud. Registro único de información de VIH/SIDA (SUR VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo
Alta morbilidad infantil por IRA	Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	Realizar visita domiciliaria integral al 35% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)/ Nº total niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) *100	Numerador: REM 26, Celda C13 Denominador: REMP2, Sección D "Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación riesgo IRA) Celdas C57+C58	Enfermera Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADOLESCENTE

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo
Alta prevalencia de conductas de riesgo en población adolescente	Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo.	10 % de los adolescentes controlados participan en talleres de Espacios de Atención Amigables (EAA)	(Nº de adolescentes controlados que participan de consejería en Espacios de Atención Amigables (EAA)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100	Rem 19	Matronas Asistentes sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de infección por VIH en población adolescente	Promover la detección precoz de la infección por VIH	Realizar actividades de promoción del examen VIH en la comunidad.	100% de las actividades planificadas realizadas.	Nº de actividades de consejería intervención VIH	REM19	Consejeros	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección A Consejería Tabaquismo	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Implementar actividades de promoción en tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección B.1 Actividades de promoción	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	≥ 95% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09, Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente	Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 10 a 14 años en un 7% en relación a año 2012	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 / Población Inscrita de 10 a 14 años	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar cobertura de adolescentes con control de salud	Control de Salud "Joven Sano" bianual a adolescentes de 15 a 19 años.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 15 a 19 años en un 10% en relación a año 2012. (5% RED)	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) x 100		Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x 100	REM A09, Sección B o J	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Embarazo adolescente ITS en población adolescente	Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 28% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012/ Línea base 2012) x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería regulación fertilidad	90% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en regulación de fertilidad	Nº adolescentes según sexo, que recibe consejería en regulación de fertilidad/ Nº total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	REM A 19	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Aumentar en 131 población adolescente bajo control en regulación de fertilidad	Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2013- Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012X 100		Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15- 19 años	Consejería en SSR	Disminución Porcentual de adolescentes embarazadas de 10- 14	Nº de adolescentes embarazadas de 10 - 14 años / Población inscrita de 10 a 14 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Disminución porcentual adolescentes embarazadas de 15 - 19 años	Nº de adolescentes embarazadas de 15 - 19 años / Población inscrita de 15a 149años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes	Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario– nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención	(Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	Incorporar al REM los datos del registro ya existentes	Médico Psicólogos Nutricionistas Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	60% de atención nutricional de adolescentes entre 15 y 19 años con obesidad	(Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional entre 15 y 19 años/ Nº Total de adolescentes con obesidad entre 15 y 19 años) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricionalA4 Consulta Nutricionista. Sección B Generar línea de base	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alto riesgo de suicidio adolescente	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de GHQ12 para detección de depresión en población inscrita	Contar con línea base aplicación de GHQ12	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de GHQ12 / Total adolescentes inscritos X 100	. Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en población inscrita	Contar con Línea base de aplicación de AUDIT.	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ Total adolescentes inscritos x 100	REM A05 Sec. J/ ingreso PSM	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	SIGGES REM A6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes mayores de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(Nº de adolescentes mayor de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES REM 6 REM P6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alto riesgo de suicidio adolescente	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con problemas y trastornos de salud mental.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (COSAM)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			100% de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (Hospital)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(Nº adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ Nº total adolescentes bajo control en planificación familiar) x100	REM A 19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
					REM A 1		

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Aumento de prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adolescentes	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac < 7% en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	≥ 70% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de malnutrición y sedentarismo en población adulta	Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	-Reuniones con la comunidad o intersector -Entrega de material informativo de actividad física -Difusión en salas de espera a través de videos que promuevan la alimentación saludable y ejercicios -Difusión de talleres de actividad física desarrollados en la comuna a través de la página web	2 actividades de difusión en los CDL por polo Entrega de 10.000 cartillas de actividad física y alim. Saludable a la comunidad Habilitación de videos en al menos 3 salas de espera por polo. Publicación bimensual de actividades físicas realizadas en www.saludstgo.cl y centros de salud	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de morbilidad por tabaquismo en población adulta	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 50% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva de la mujer aplicando pauta de protocolo.	24% cobertura de EMP	(Nº de EMP realizados a población femenina adulta beneficiaria FONASA/ Población femenina adulta beneficiaria FONASA) x 100.	REM REM A02 , Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	15% cobertura de EMP realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	REM A02 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad en hombres por patología cardiovascular	Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(Nº de hombres controlados en el PSCV a diciembre de 2013 / Nº total de hombres bajo control en el PSCV a diciembre 2012) x 100	REM P04, Sección A Población Total masculina beneficiaria FONASA.	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por patología cerebrovascular Mayor reincidencia de episodios cerebrovasculares en pacientes tratados deficitariamente	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	Nº de personas compensadas en control PCV/ Nº total de personas en PSCV x 100	Numerador: Registro local Denominador: REM PO 4	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Alta morbilidad por patología cardiovascular
	Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(Nº de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) *100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl	Médicos Psicólogos Nutricionistas Prof. Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 2% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con hipertensión.	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2013/ Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 1% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con diabéticas.	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2013/ Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies. El 60% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas con evaluación de los pies/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 ingresadas) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección c REM P04, Sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04, SECCI ON C	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2 Planilla SUR VIH	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica.	Incrementar en 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	REM P04; Sección B	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago y comorbilidad asociada	Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10, sección A REM A04, sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta mortalidad por cáncer mama en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar 61% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Baja cobertura de atención en mujeres trabajadoras	Mejorar la accesibilidad de mujeres trabajadoras a la atención de matrona	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona	Alcanzar 30% de cobertura	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona/total de mujeres atendidas en EH x 100	Registro FCE	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Descompensación de pacientes crónicos respiratorios	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100	REM A23 REMP03	Médicos Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de patologías bucodentales en población adulta	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	Aumento del 50% de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 213/ Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 212) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta recurrencia de patologías respiratorias en pacientes crónicos	Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 20% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / Nº total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Promoción

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x 100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada FONASA	Enfermeras Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I22 a I31	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I12 a I21	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100.	Registro local	Equipo Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
Exposición de adultos mayores con patología respiratoria a ambientes con humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de actividades de promoción en consejería antibacno/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 09 Sección A / REM P03 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13	Enfermeras Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en 15% el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por FONASA	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	Generar plan de intervención de AM detectados con riesgo social.	Plan generado	Registro local	Asistentes Sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de insuficiencia renal crónica en población adulta mayor en control cardiovascular	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(Nº de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses)/ (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular	95% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV con fichas clínicas auditadas, que presentan microalbuminuria ≥ 30 mg están en tratamiento con IECA o ARA II.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses auditados)/ (Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg auditados) *100	Registro local	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscofia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad mortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 35% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa	Enfermeras	
	Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A	Nutricionistas	
Alta morbilidad mortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 5% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	
	Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 3 % respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	
	Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	
Aumento de ITS en población adulta mayor	Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Morbilidad asociada al climaterio	Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio	Control de climaterio	Cobertura inscritos: 30%	(N° de mujeres de 45 a 64 años bajo control/N° de mujeres de 45 a 64 años inscritas)*100	REM P1	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 0.8% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos de salud en personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa	Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100	Registro PRAPS	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	60% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100.	REM P04; Sección C. REM P04, sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C Celda E44	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
		Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 70 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(Nº de AM diabéticos ingresados al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) Ficha clínica electrónica Cartola PSCV	UAPO	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor no tratada	Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y	10% de aumento	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2013/ Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2012)x100	REMP06	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

FAMILIA

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Disfunción familiar	Aumentar el número de familias con clasificación de riesgo Aumentar el número de estudios de familia Aumentar el número de visitas domiciliarias integrales	Aplicación de pauta de riesgo a nuevas familias, focalizadas según criterios locales Realizar estudios de familia según protocolo Realizar VDI a familias con aplicación de pauta de riesgo según protocolo	10% de las familias con aplicación de pauta de riesgo 10 estudios de familia por sector o equipo territorial al año 25 VDI al año por sector o equipo territorial	(Nº de familias evaluadas/Nº de familias inscritas)x 100 Nº de estudios por sector Nº de VDI por sector	REM P06 Registro local	Equipos	Mayo. 2013 Sept. 2013

G. Plan de Acción Polo Arauco

META IMPACTO DE OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

SALUD MATERNO PERINATAL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Falta de conocimientos y capacidad de crianza de los padres o cuidadores	Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes participen en al menos 1 taller	(Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Déficit del apego seguro	Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Control prenatal con acompañante	30% de mujeres que asisten a controles prenatales son acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Riesgo de parto prematuro y otras patologías asociadas al consumo de tabaco durante el embarazo	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT) en consulta odontológica	100% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09, Sección B	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo	Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	0.5% de las mujeres en edad fértil.	(N° de controles preconceptionales /N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100	REM A01 Población inscrita	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mortalidad materna y perinatal asociado al riesgo obstétrico	Detectar precozmente factores de riesgo biomédico	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente y guía GES	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	(N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de depresión asociada al embarazo y postparto	Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal.	El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal)*100	REM A03	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	El 80% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después	(Nº de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12)*100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor morbimortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial elevado	Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	70% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron	REM A 26 REM P1	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Malnutrición de la embarazada	Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit	30% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit.	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	Matronas Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100			Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Existencia de transmisión vertical de VIH	Disminuir la transmisión vertical del VIH	Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes.	100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA	(Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) *100	REM A 19 REM A 11 Registro interno Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Consejeros VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / Nº total gestantes que acceden a Test de detección VIH) *100			
		Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH	(Nº total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal/ Nº total de ingresos a control prenatal) *100	REM – A 05 REM - A 11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas -citadas	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a	Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA (SUR-VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas/ Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) *100	Registros de actividad: - Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son ingresadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH) *100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RR.HH	Monitoreo Evaluación
Problemas de salud de la gestante y el niño asociados al consumo de alcohol	Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT / Nº total de gestantes bajo control) *100	REM A05 Sección K / REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			80% de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos o más) ingresadas a salud mental	(Nº de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 8 puntos) ingresadas a salud mental/ Nº total de mujeres gestantes con audit >8 *100	REM A05 Sección K/ REM A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Mayor riesgo de patologías de morbilidad en gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA) a las gestantes en control prenatal	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA / Nº total de gestante en control prenatal) *100	REM A03, Sección G / A01 Sección A (Fila "Control Prenatal")	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Falta de apego adecuado entre la madre y el hijo RN	Realizar el control integral de puerperio a la madre y control de recién nacido.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	70% puerperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puerperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / Nº niños inscritos antes de 10 días) *100	REM A 01 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.					
		Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida.	10% puerperas y recién nacidos entre 11 y 28 días de vida que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puerperas y recién nacido con control integral de salud entre los 11 y 28 días / Nº de niños inscritos menores de 28 días sin diada antes de los 10 días) *100		Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de patología buco dental en mujeres embarazadas y patologías perinatales relacionadas	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	Atención odontológica integral a la embarazada	≥62% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100	REM A09, sección C REM A05, sección A	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de obesidad en mujeres	Recuperar la condición nutricional pre gestacional al 8º mes post parto(EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 3º mes post parto Evaluación nutricional de mujeres al 8º mes post parto	15% de mujeres postparto asisten a control nutricional al 3 y al 8vo mes	(Nº de mujeres en el control 3º mes postparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 3º meses post parto) * 100 (Nº de mujeres en el control 8º mes postparto con control nutricional/Nº total de mujeres controladas de 8º meses post parto) * 100	REM 03 REM P 1	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Transmisión vertical de sífilis	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) *100	REM A11 REM A05	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+)	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis)* 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas - citadas	(Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / Nº gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) *100	**Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/Nº Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) * 100	REM A 05 Registros locales de derivación.	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD INFANTIL

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de estilos de vida no saludables en población infantil	Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) según Plan de promoción comunal	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Factores protectores psicosociales Factores protectores ambientales Derechos Humanos Chile Crece Contigo	REM A19a Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas Factores protectores psicosociales G98+G101+G102+G105+G06+G109+G110+G113 Factores protectores ambientales H98+H101+H102+H105+H06+H109+H110+H113 Derechos Humanos I98+I101+I102+I105+I06+I109+I110+I113 Chile Crece Contigo L98+L101+L102+L105+L06+L109+L110+L113	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niños y niñas menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niños y niñas < 10 años reciben consejería individual de actividad física	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 / Nº de niños/as menores de 10 bajo control)* 100	Numerador: REM A19a Celdas: D22+D23+D24+D25+D26+D27+D28+D29+D30+D31 Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+K32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32+AB32+AC32)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Malnutrición infantil	Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	60% de cobertura de consulta nutricional al 5º mes de vida	(Nº de niños/as con consulta nutricional del 5º mes 29 días de vida/ Nº Total de niños/as bajo control de 5 meses) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda C63 Denominador: REM P2 Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas N32+O32 +P32+Q32+R32+S32.	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	25% de cobertura de consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ (Nº Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control/2) * 100	Numerador: REM P2, Sección E "Población en control en el semestre con consulta nutricional", Celda (C64) Denominador: REM P2, Sección A "Población en control, según estado nutricional", Celdas (X32+Y32)/2	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Problemas de la convivencia escolar y entre pares	Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental según convenio de salud mental	50% de jardines infantiles públicos intervenidos.	(Nº de jardines infantiles públicos con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº de jardines públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de jardines infantiles públicos, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios. /Nº de jardines infantiles públicos de la comuna)*100	Numerador: REM A19a, sección B1 (Educación grupal, establecimiento educación/ factores protectores psicosociales) Denominador: Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Inicio temprano del consumo de tabaco	Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	Según programa escuelas saludables	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en Establecimientos Educativos y Comunidad	REM A19a Sección B.1. Sección B.1: Actividades de promoción según estrategias y condiciones abordadas y número de participantes Celdas Ambiente Libres de Tabaco F98+F101+F102+F105+F06+F109+F110+F113	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Lograr lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña	Alcanzar un 30% de niños con lactancia materna exclusiva en niños y niñas hasta el 6 mes de vida (año 2011=32%)	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida)*100	REM A03	Enfermera Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de deficiencias del desarrollo integral relacionados con la crianza	Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
			5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Numerador: Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control" Celdas: (D32+E32+F32+G32+H32+I32+J32+L32+M32+N32+O32+P32+Q32+R32+S32+T32+U32+V32+W32+X32+Y32+Z32+AA32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ Nº Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (E12+F12) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Nº total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control)*100	Numerador: Registro SIGGES Denominador: REM P 2, sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2011 (95%).	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Total de niños y niñas 4 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: H14 Denominador: REM P2"Sección A: Población en Control", Celdas (L32+M32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	100% niños y niñas que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 meses controlados) *100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (L10) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas: (T32+U32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de niños y niñas de 18 a 23 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (M11) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas: (V32+W32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
			Línea base porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(Nº de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ Nº total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)*100	Numerador: REM A-03, Sección D.1. "Resultados de la Aplicación de Pauta breve", Celda (F20+F26) Denominador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (M11)		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 21 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños y niñas de 21 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 21 a 35 meses / Nº total de niños y niñas de 21 a 35 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N10) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas: (T32+U32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	60% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 36 a 47 meses bajo control) * 100	Numerador: REM A-03, Sección A "Aplicación de Instrumentos de evaluación", Celda: (N11) Denominador: REM P2, Sección A: Población en Control", Celdas: (X32+Y32)		Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niños y niñas portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	50% de los controles realizados a niños y niñas de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niños y niñas de 48 a 59 meses) *100	Numerador: Registro SIGGES "Sistema de Información y Gestión para las Garantías Explícitas en Salud" GES PREVENTIVO Denominador: REM A03, Sección B: "Controles de salud según ciclo vital", Celda: (O29+O30)		Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de enfermedades infecciosas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación	(N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) * 100	Numerador: Sistema Informático REM – RNI Denominador: Proyección INE	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos metabólicos y malnutrición infantil	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niños y niñas de 6 a 10 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	50% de niños/as entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS	(N° de niños/as entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al término de la intervención / N° total de niñas/os entre 6 a 10 años que egresan del PVS) * 100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl REM A05 SECCION S	Médico Psicólogos nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia patologías bucodentales infantiles	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias	90% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / N° de controles de salud realizados a grupo de 12 a 23 meses) * 100	Registro local REM A01 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas y niños de 2, 4 y 6 años	100% de altas odontológicas de niños de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(N° de niños /as de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado / total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) * 100	REM A09, Sección B o J	odontólogos	
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B “Controles de salud según ciclo vital”, Celdas: (N29+N30) Denominador: REM P2 “Sección A: Población en Control”, Celdas: (X32+Y32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil	Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud a niños y niñas de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Total de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (O29+O30+P29+P30) Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control", Celdas: (Z29+AA2)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud a niños y niñas de 6 a 9 años	Promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo)	(N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niños y niñas de 6 a 9 años bajo control)	Numerador: REM A01, sección B "Controles de salud según ciclo vital", Celdas: (Q29+Q30) Denominador: REMP2 "Sección A: Población en Control", Celdas: (AB29+AC29)	Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Línea base inasistentes a control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente/ Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: "Población inasistentes a control del niños sano", Celda: (C71) Denominador: REM P2 "Sección A: Población en Control", Celdas: (X32+Y32+Z32+AA32)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alto índice de caries en la población infantil	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia	≥ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, inscritos y validados	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños/as de 4 años, inscritos y validados	(N° de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos y validados) * 100		odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(N° de niños /as de 2 y 4 años con registro de CEO / total de niños/as de 2 y 4 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años)	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, inscritos y validados	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos y validados) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad	(N° de niños /as de 6 años con registro de CEO / total de niños/as de 6 años con ingreso) * 100	REM A09, Sección C	odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de obesidad infantil	Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	80% de cobertura niños/as mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(Nº de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso)*100.	Numerador: REM P 2 Sección A Denominador: REM P02: SUMA(F27:AC27) + SUMA(F28:AC28).	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad.	100% de niños y niñas que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación temprana.	(Nº de niños/as menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100.	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E33+F33+G33+H33) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D20+E20+F20+G20).	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Reevaluación de niños y niñas con déficit en su desarrollo psicomotor.	63 % de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperados/os.	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niños y niñas diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses)*100	Numerador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses con riesgo de DSM) Denominador: REM A03 (Nº de niños y niñas de 8,18,36 meses recuperados de riesgo de enero a diciembre 2013, según edad)	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	80% de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	(Nº de niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	Numerador: REM A03, Sección C, celda (E34+F34+G34+H34+E35+F35+G35+H35) Denominador: REM A03, Sección B "Resultados a la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (D21+E21+F21+G21+D22+E22+F22+G22)	Enfermeras Equipo sala de estimulación	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor	Numerador: REM A26, Sección A "Visitas Domiciliarias Integrales a Familias", Celdas: (D11+E11+F11) Denominador: REM P2, Sección C "Población en control según resultado de evaluación del desarrollo psicomotor", Celdas (C43+C44+C45+C46+C47+C48+C49+C50+C51+C52).	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo
Diagnóstico positivo de VIH en población infantil	Completar proceso diagnóstico del VIH en niños.	Citación y referencia de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control	100% de niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº niños en proceso diagnóstico de VIH inasistentes a control citados - derivados/ Nº total niños en proceso diagnóstico por VIH, inasistentes a control) x 100	Registros de actividad por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud. Registro único de información de VIH/SIDA (SUR VIH)	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo
Alta morbilidad infantil por IRA	Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA	Visitas Domiciliarias realizadas a familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	Realizar visita domiciliaria integral al 35% de las familias con niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía (resultado moderado y grave)/ Nº total niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) *100	Numerador: REM 26, Celda C13 Denominador: REMP2, Sección D "Población de 1 a 6 meses en control, según aplicación riesgo IRA) Celdas C57+C58	Enfermera Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADOLESCENTE

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo
Alta prevalencia de conductas de riesgo en población adolescente	Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo.	10 % de los adolescentes controlados participan en talleres de Espacios de Atención Amigables (EAA)	(Nº de adolescentes controlados que participan de consejería en Espacios de Atención Amigables (EAA)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100	Rem 19	Matronas Asistentes sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Prevalencia de infección por VIH en población adolescente	Promover la detección precoz de la infección por VIH	Realizar actividades de promoción del examen VIH en la comunidad.	100% de las actividades planificadas realizadas.	Nº de actividades de consejería intervención VIH	REM19	Consejeros	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección A Consejería Tabaquismo	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Implementar actividades de promoción en tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A19, Sección B.1 Actividades de promoción	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica	≥ 95% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT)	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09, Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente	Contribuir a mejorar la salud de la población adolescente de 10 a 19 años.	Control de Salud "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 14.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 10 a 14 años en un 7% en relación a año 2012	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 /Población Inscrita de 10 a 14 años	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar cobertura de adolescentes con control de salud	Control de Salud "Joven Sano" bianual a adolescentes de 15 a 19 años.	Aumentar cobertura de control de salud adolescentes de 15 a 19 años en un 10% en relación a año 2012. (5% RED)	Nº de adolescentes entre 15 y 19 años con control de salud, según sexo / Nº Total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) x 100		Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología	(Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x 100	REM A09, Sección B o J	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Embarazo adolescente ITS en población adolescente	Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 28% línea base de 2012 de adolescentes hombres y mujeres que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	(Adolescentes con Consejería en SSR 2013- Adolescentes con Consejería 2012/ Línea base 2012) x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15-19 años	Consejería regulación fertilidad	90% de adolescentes, según sexo planificados reciben consejería en regulación de fertilidad	Nº adolescentes según sexo, que recibe consejería en regulación de fertilidad/ Nº total adolescentes planificados que reciben Consejería X100	REM A 19	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Aumentar en 243 población adolescente bajo control en regulación de fertilidad	Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2013- Nº de adolescentes bajo control por MAC en 2012 / Línea base 2012X 100		Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados	Disminuir el número de embarazos en adolescentes 10-14 años y en adolescentes entre 15- 19 años	Consejería en SSR	Disminución Porcentual de adolescentes embarazadas de 10- 14	Nº de adolescentes embarazadas de 10 - 14 años / Población inscrita de 10 a 14 años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
			Disminución porcentual adolescentes embarazadas de 15 - 19 años	Nº de adolescentes embarazadas de 15 - 19 años / Población inscrita de 15a 149años X 100	REM P1	Enfermeras Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes	Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Seguimiento alimentario– nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención	(Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	Incorporar al REM los datos del registro ya existentes	Médico Psicólogos Nutricionistas Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	60% de atención nutricional de adolescentes entre 15 y 19 años con obesidad	(Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional entre 15 y 19 años/ Nº Total de adolescentes con obesidad entre 15 y 19 años) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricionalA4 Consulta Nutricionista. Sección B Generar línea de base	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alto riesgo de suicidio adolescente	Detectar e intervenir oportunamente población adolescente con problemas y trastornos de salud mental.	Aplicación de GHQ12 para detección de depresión en población inscrita	Contar con línea base aplicación de GHQ12	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de GHQ12 / Total adolescentes inscritos X 100	. Registro local	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Aplicación de AUDIT para detección de consumo de alcohol en población inscrita	Contar con Línea base de aplicación de AUDIT.	(Nº de adolescentes según sexo con aplicación de AUDIT/ Total adolescentes inscritos x 100	REM A05 Sec. J/ ingreso PSM	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº total de adolescentes con diagnóstico consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o droga) X 100	SIGGES REM A6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Tratamiento integral en Atención Primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes hombres y mujeres mayor de 10 años y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes mayores de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(Nº de adolescentes mayor de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES REM 6 REM P6	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alto riesgo de suicidio adolescente	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con problemas y trastornos de salud mental.	Tratamiento integral en Atención Primaria de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (COSAM)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
			100% de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad (Hospital)	(Nº de adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos) X 100	SIGGES	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Derivación efectiva de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(Nº adolescentes hombres y mujeres de 10 a 19 años inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES	Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	100% de adolescentes reciben consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de Consejerías de Prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a adolescentes/ Nº total adolescentes bajo control en planificación familiar) x100	REM A 19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
					REM A 1		

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Aumento de prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adolescentes	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 3 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac < 7% en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2 % de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior	Nº de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac < 7% / Nº de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años	≥ 70% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años	≥ 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS

Promoción

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de malnutrición y sedentarismo en población adulta	Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	-Reuniones con la comunidad o intersector -Entrega de material informativo de actividad física -Difusión en salas de espera a través de videos que promuevan la alimentación saludable y ejercicios -Difusión de talleres de actividad física desarrollados en la comuna a través de la página web.	2 actividades de difusión en los CDL por polo Entrega de 10.000 cartillas de actividad física y alim. Saludable a la comunidad Habilitación de videos en al menos 3 salas de espera por polo. Publicación bimensual de actividades físicas realizadas en www.saludstgo.cl y centros de salud	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de morbimortalidad por tabaquismo en población adulta	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 50% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva de la mujer aplicando pauta de protocolo.	24% cobertura de EMP	(Nº de EMP realizados a población femenina adulta beneficiaria FONASA/ Población femenina adulta beneficiaria FONASA) x 100.	REM REM A02 , Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	16% cobertura de EMP realizado.	(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	REM A02 Sección B	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad en hombres por patología cardiovascular	Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 13% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(Nº de hombres controlados en el PSCV a diciembre de 2013 / Nº total de hombres bajo control en el PSCV a diciembre 2012) x 100	REM P04, Sección A Población Total masculina beneficiaria FONASA.	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por patología cerebrovascular Mayor reincidencia de episodios cerebrovasculares en pacientes tratados deficitariamente	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	Nº de personas compensadas en control PCV/ Nº total de personas en PSCV x 100	Numerador: Registro local Denominador: REM PO 4	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de adultos de 20 a 45 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años	50% de los adultos baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(Nº de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) *100.	Registro Programa Vida Sana – Obesidad https://vidasana.minsal.cl	Médicos Psicólogos Nutricionistas Prof. Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta morbimortalidad por patología cardiovascular	Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 2% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con hipertensión.	(Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2013/ Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en 0.8% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con diabéticas.	(Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2013/ Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control 2012) x 100	REM P04; Sección A	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies. El 60% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas con evaluación de los pies/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 ingresadas) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; sección c REM P04, Sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.		100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04, SECCI ON C	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2 Planilla SUR VIH	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas en relación a línea base 2012.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2013 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas, año 2012) x100	REM A19	Consejeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 20 y más años.	Tamizaje para VIH a personas adultas que lo requieran por demanda espontánea o por indicación médica.	Incrementar en 30% el examen de VIH en relación a línea base 2012, en personas de 20 años y más.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y mas, año 2013/ Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 20 años y más, año 2012) x100	REM- A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia	Médicos Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad por patología cardiovascular	Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100	REM P04; Sección B	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago y comorbilidad asociada	Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11	Consejeras VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de baciloscopia	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10, sección A REM A04, sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta mortalidad por cáncer mama en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres adultas	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar 55% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Baja cobertura de atención en mujeres trabajadoras	Mejorar la accesibilidad de mujeres trabajadoras a la atención de matrona	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona	Alcanzar 10% de cobertura	Mujeres trabajadoras atendidas en Extensión horaria por matrona/total de mujeres atendidas en EH x 100	Registro FCE	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Descompensación de pacientes crónicos respiratorios	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100	REM A23 REMP03	Médicos Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de patologías bucodentales en población adulta	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	Atención odontológica integral del adulto de 60 años	Aumento del 50% de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 213/ Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total año 212) x100	REM A09, Sección C	Odontólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Rehabilitación

Problema priorizado	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta recurrencia de patologías respiratorias en pacientes crónicos	Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC)	Visita domiciliar de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 20% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / Nº total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3	Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

Promoción

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada FONASA	Enfermeras Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I22 a I31	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
				(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I12 a I21	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control)x100	REM P05, Sección A	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100.	Registro local	Equipo Profesores de Ed. Física	Mayo. 2013 Sept. 2013
Exposición de adultos mayores con patología respiratoria a ambientes con humo de tabaco	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 09 Sección A / REM P03 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13	Enfermeras Kinesiólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

Prevención

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia	Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en 15% el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años) *100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por FONASA	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	Generar plan de intervención de AM detectados con riesgo social.	Plan generado	Registro local	Asistentes Sociales	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de insuficiencia renal crónica en población adulta mayor en control cardiovascular	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la “Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(Nº de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular	95% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV con fichas clínicas auditadas, que presentan microalbuminuria ≥ 30 mg están en tratamiento con IECA o ARA II.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses auditados) / (Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria ≥ 30 mg auditados) *100	Registro local	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/(Nº total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100.	REM P4 Sección B / REM P4 Sección A	Médicos	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de baciloscopia en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Tasa: 60 BCK x 1000 consultas de morbilidad de >15 años	(Nº de BK de diagnostico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas de morbilidad) 1000	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10	Equipo	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta morbilidad mortalidad cerebrovascular en la población adulta mayor	Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 35% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(Nº de personas de 65 años vacunadas/ Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Nº de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ Nº total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A	Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbilidad mortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 5% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 3 % respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(Nº de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar en PSCV a pacientes AM con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta	Control de salud cardiovascular	Establecer protocolo de contrarreferencia de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados	Protocolo establecido	Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de ITS en población adulta mayor	Aumentar el número de personas adultas mayores informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en Control de Salud, con entrega de preservativos.	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas adultas mayores, sexualmente activas.	Tamizaje para VIH a personas adultas mayores, sexualmente activas	Establecer línea base	Registro establecido	Registro local	Consejera VIH	Mayo. 2013 Sept. 2013

Tratamiento

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Morbilidad asociada al climaterio	Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio	Control de climaterio	Cobertura inscritos: 15%	(N° de mujeres de 45 a 64 años bajo control/N° de mujeres de 45 a 64 años inscritas)*100	REM P1	Matronas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 0.8% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Médicos Enfermeras Nutricionistas	Mayo. 2013 Sept. 2013
Alta prevalencia de trastornos de salud en personas cuidadoras de pacientes con dependencia severa	Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(N° de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ N° total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100	Registro PRAPS	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Mejorar la calidad de atención de las personas AM diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas AM diabéticos de 65 y mas años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	60% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(N° de AM diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100.	REM P04; Sección C. REM P04, sección A	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013
		Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	80% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C Celda E44	Enfermeras	Mayo. 2013 Sept. 2013

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
		Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 70 % de las personas AM diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(Nº de AM diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) Ficha clínica electrónica Cartola PSCV	UAPO	Mayo. 2013 Sept. 2013
	Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos a través de auditoria	2 auditorias año por polo	Nº de auditorías realizadas por polo	Ficha clínica electrónica Cartola PSCV Registro local	Referente médico	Mayo. 2013 Sept. 2013
Aumento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor no tratada	Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y	10% de aumento	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2013/ Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas año 2012)x100	REMP06	Médicos Psicólogos	Mayo. 2013 Sept. 2013

FAMILIA

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Disfunción familiar	Aumentar el número de familias con clasificación de riesgo Aumentar el número de estudios de familia Aumentar el número de visitas domiciliarias integrales	Aplicación de pauta de riesgo a nuevas familias, focalizadas según criterios locales Realizar estudios de familia según protocolo Realizar VDI a familias con aplicación de pauta de riesgo según protocolo	10% de las familias con aplicación de pauta de riesgo 10 estudios de familia por sector o equipo territorial al año 25 VDI al año por sector o equipo territorial	(Nº de familias evaluadas/Nº de familias inscritas)x 100 Nº de estudios por sector Nº de VDI por sector	REM P06 Registro local	Equipos	Mayo. 2013 Sept. 2013