



**SANTIAGO**  
Ilustre Municipalidad

# Plan de Salud 2012



Dirección de Salud



**SANTIAGO**  
Ilustre Municipalidad

# Índice

<b>A. ANTECEDENTES</b> .....	5
RESEÑA HISTORICA .....	6
ESTRUCTURA DE LA RED DE SALUD DE SANTIAGO .....	7
CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL .....	9
LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, NOVIEMBRE DE 2011 .....	10
TENDENCIA POBLACIÓN INSCRITA	
<b>B. DIAGNÓSTICO SITUACIÓN COMUNAL</b> .....	13
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA COMUNA DE SANTIAGO .....	14
1. Características demográficas .....	14
2. Movimientos poblacionales .....	18
3. Nivel Educativo .....	22
4. Situación laboral.....	23
5. Acceso a las comunicaciones .....	25
6. Condición de pobreza.....	25
7. Vivienda .....	27
8. Previsión .....	28
9. Percepción del Estado de Salud .....	32
10. Indicadores de Salud Globales .....	34
11. Seguridad.....	37
INDICADORES DE SALUD, RED APS MUNICIPAL. JUNIO DE 2011	
1. Población bajo control en la Red de Salud Municipal .....	38
2. Índices de Actividad de Atención Primaria. Septiembre de 2011 .....	39
3. Metas sanitarias y de mejoramiento de la APS (Ley No 19.813). Septiembre de 2011 .....	42
4. Indicadores cuadro de mando integral. Julio a Septiembre de 2011 .....	44
<b>C. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO</b> .....	48
ANTECEDENTES .....	49
DIAGNÓSTICO.....	50
1. Familia y promoción .....	50
2. Ciclo vital del Niño.....	50
3. Ciclo vital del Adolescente .....	50
4. Mujer .....	50
5. Ciclo vital del Adulto.....	50
6. Ciclo vital del Adulto Mayor .....	51
7. Infraestructura .....	51
ANÁLISIS .....	51
1. Necesidad explícita de información de salud a través de talleres para la comunidad .....	51
2. Énfasis en la Promoción y prevención de la Salud .....	51
3. Mejorar el trato a los usuarios .....	51
4. Mejoras atención en Estaciones Médicas de Barrio .....	52
DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS PARTICIPATIVO POR POLO DE ATENCIÓN	
Necesidad del vacunatorio Infantil y la bodega de leche para los niños/as. ....	54
<b>D. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA.</b> .....	55

RESUMEN EJECUTIVO.....	56
RESULTADOS .....	57
1. Índice de Satisfacción de Usuarios .....	61
2. Satisfacción Neta .....	67
3. PRINCIPALES RESULTADOS.....	69
4. PLAN DE MEJORA DE LA SATISFACCIÓN USUARIA .....	69
<b>E. EVALUACIÓN COMPRA DE SERVICIOS DE LABORATORIO .....</b>	<b>72</b>
INFORME SERVICIO DE LABORATORIO OCTUBRE DE 2010 A SEPTIEMBRE 2011. ....	73
<b>F. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN .....</b>	<b>77</b>
INTRODUCCIÓN.....	78
SENTIDO DE LA INSTITUCIÓN .....	78
PERSPECTIVA DE LA CIUDADANÍA .....	79
1. Pacientes, familias y organizaciones comunitarias .....	79
2. Servicio de Salud Metropolitano Central .....	80
3. Otras áreas de la I. Municipalidad de Santiago .....	81
PERSPECTIVA FINANCIERA .....	81
PERSPECTIVA SEGÚN CICLO VITAL SEGÚN NIVEL DE PRIORIDAD .....	83
1. Ciclo Vital Infantil .....	
2. Ciclo Vital Adolescente.....	95
3. Ciclo Vital Adulto .....	101
4. Ciclo Vital Adulto Mayor .....	115
PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS .....	123
1. Licitaciones, Compras y Servicios Generales.....	123
2. Servicios Generales e Inventarios. ....	123
3. Farmacia .....	124
4. Academia e Investigación.....	125
5. Relaciones Públicas y Comunicaciones .....	126
6. Comunicación Externa.....	127
PERSPECTIVA DE LAS CAPACIDADES .....	127
1. Talento Colectivo.....	127
2. Cultura Organizacional .....	128
3. Gestión de la Información .....	129
G. DOTACIÓN DE PERSONAL.....	131
ANTECEDENTES .....	132
1. Población beneficiaria. ....	132
2. Normativa del Ministerio de Salud .....	132
3. Estructura Organizacional .....	132
4. Establecimientos de la Red de Salud.....	134
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA 2012.....	134
DOTACIÓN 2012 .....	136
<b>H. PLAN DE CAPACITACIÓN .....</b>	<b>137</b>
PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL. ....	138
1. Programa Capacitación 2012 del Municipio de Santiago a Personal Estatuto Atención Primaria (Ley 19.378).....	142
2. Programa Capacitación 2012 Del Servicio de Salud Metropolitana Central a Personal Estatuto Primaria (Ley 19.378) .....	158
3. Programa Capacitación 2012 Del Servicio de Salud Metropolitana Central a Personal Estatuto atención Primaria (Ley 19.378) .....	172

---

## 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, ya avanzado el tiempo, durante la colonia las ciudades se organizan a través del territorio nacional y 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.

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

Luego, con los Decretos 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:

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 San Vicente	
	Estación Médica de Barrio Arauco	
	Estación Médica de Barrio Balmaceda	
	Estación Médica de Barrio Brasil	
	Estación Médica de Barrio Carol Urzúa	
	Estación Médica de Barrio Concha y Toro	Centro de Salud N° 5
	Estación Médica de Barrio Coquimbo	
	Estación Médica de Barrio Dávila Larraín	
	Estación Médica de Barrio Gacitúa	
	Estación Médica de Barrio Nicola D'Onofrio	
	Estación Médica de Barrio Parque Forestal	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) N° 1
SECUNDARIO	Estación Médica de Barrio Pedro Montt	
	Estación Médica de Barrio San Borja	
	Estación Médica de Barrio San Emilio	
SECUNDARIO	Estación Médica de Barrio Sargento Aldea	
	Centro de Orientación y Salud Mental (COSAM)	Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) San Borja
TERCIARIO	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS)
		Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP
		Hospital San Borja Arriarán, HSBA

Tabla 1: Red de Salud Municipal, Noviembre de 2011.

POLO	TIPO DE CENTRO	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	VALIDADOS FONASA 2010	ENCARGADO(A) DEL CENTRO	ENCARGADO(A) DEL POLO	PROPIEDAD
DOMEYKO	CESFAM EMB	Ignacio Domeyko Balmaceda	Cueto 543 Herrera 1231	28.097 5.861	Dra. Sandra León Nut. Carolina Marchant	Dra. Sandra León	Municipal Arrendada
	EMB	Nicola D'Onofrio	Ricardo Cumming 1275	4.031	Enf. Cecilia Canales		Arrendada
	EMB	Concha y Toro	Santa Mónica 2229	3.761	Enf. Susana Salinas	Arrendada	
	EMB	Brasil	Rosas 1963	3.919	Enf. Claudia Ortega	Arrendada	
	EMB	Parque Forestal	José Ramón Gutierrez	2.808	Dra. Viviana Díaz	Arrendada	
PADRE ORELLANA	CES	Padre Orellana	Padre Orellana 1708	7.015	Enf. Alejandra Márquez	Enf. Alejandra Márquez	Municipal
	EMB	Dávila Larraín	General Gana 334	3.486	Enf. Angelina Leyva		Arrendada
	EMB	Gacitúa	Artemio Gutierrez 1354	3.355	Enf. María Victoria Díaz		Arrendada
	EMB	Coquimbo	Madrid 789	3.149	Dra. Bárbara Alonso		Arrendada
	EMB	San Borja	Rojas Jiménez 21	1.491	Dra. Ivonne González		Arrendada
BENJAMIN VIEL	CES	Benjamín Viel	San Ignacio 1217	6.669	TM. Beatriz Saldivia	TM. Beatriz Saldivia	Municipal
	EMB	Sargento Aldea	Sargento Aldea 1470	5.178	Enf. Sonia García		Arrendada
	EMB	San Emilio	San Emilio 2106	2.273	Enf. Catalina Fuentes		Arrendada
	EMB	Carol Urzúa	Santa Rosa 1727	3.495	Dr. Blas Alid		Municipal
SAN VICENTE	CES	San Vicente	Espiñeira 2824	8.244	Mat. Andrea Caro	Mat. Andrea Caro	Arrendada
	EMB	Arauco	Manuel de Amatt 2861	2.633	Dr. Zaid Díaz		Arrendada
	EMB	Pedro Montt	Juan Espejo 2171	2.541	Dr. Oscar Álvarez		Arrendada

Tal como se observa, la mayoría de los establecimientos donde están distribuidos dentro de toda la Comuna. (Ver Figura 1).

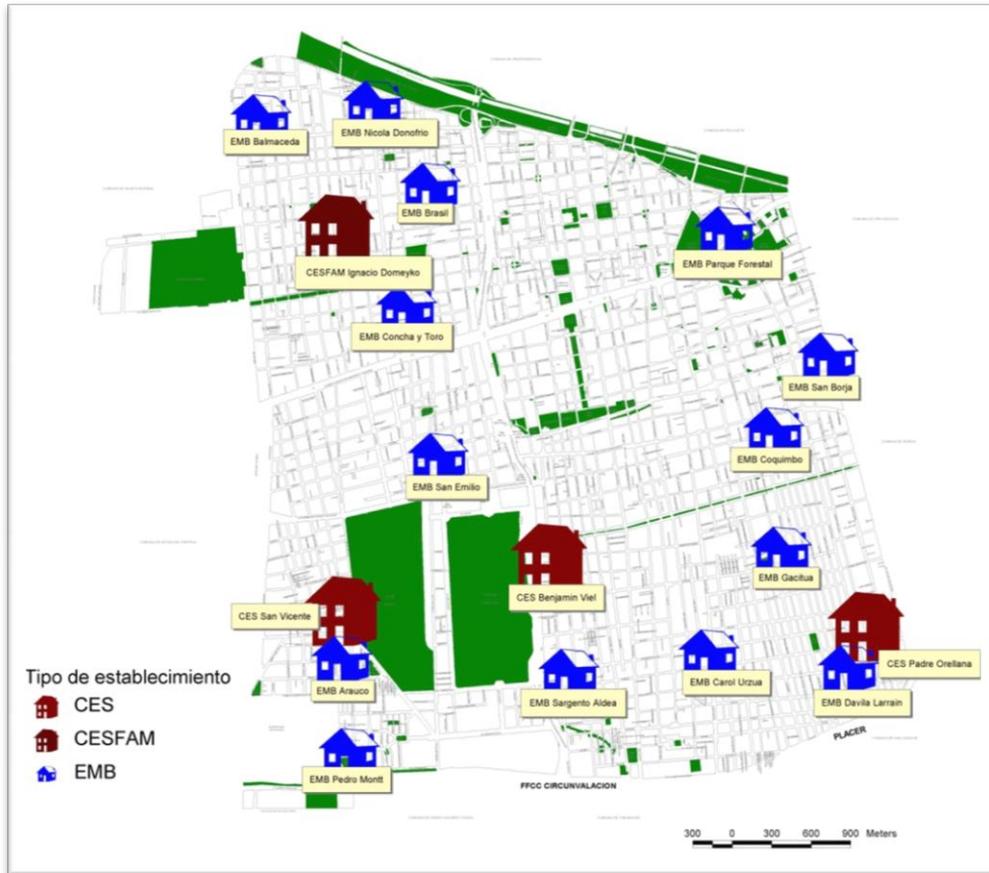


Figura 1: Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago

### CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL

El modelo de Estación Médica de Barrio (EMB) tiene por ventaja mejorar la accesibilidad de los usuarios a la Red, pero no otorgan todas las prestaciones. Por ejemplo, el único vacunatorio de la Red de Salud Municipal está ubicado en el CESFAM Ignacio Domeyko, todos los usuarios de otros polos que requieren vacunarse, deben dirigirse al Consultorio N° 1 o al Consultorio N° 5, que les queda más cercano a su domicilio. En la siguiente tabla se muestran las prestaciones que realiza cada centro, 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 2: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud

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	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓
CES	San Vicente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
EMB	Arauco	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓
EMB	Pedro Montt	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✗	✗	✓

**LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, NOVIEMBRE DE 2011.**

La Red Municipal deriva a médicos especialistas que trabajan en el Complejo Hospitalario San Borja Arriaran CHSBA, el número de cupos es determinado por el nivel secundario, por lo tanto se debe priorizar por nivel de gravedad del paciente y tiempo de espera. Actualmente el Servicio de Salud Metropolitano Central está incorporando un sistema de gestión de demanda, SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial), con el fin de gestionar de mejor manera la lista de espera. A continuación se presentan las especialidades con mayor número de pacientes en espera.

Tabla 3: Lista de espera a noviembre de 2011 según especialidad.

ESPECIALIDAD	POLO				TOTAL
	I. DOMEYKO	P. ORELLANA	B. VIEL	SAN VICENTE	
OFTALMOLOGIA	92	253	121	300	766
OTORRINOLARINGOLOGIA	274	254	78	50	656
CIRUGIA ADULTO	219	211	24	156	610
NEUROLOGIA	199	180	73	110	562
TRAUMATOLOGIA	197	142	77	93	509
UROLOGIA	117	157	59	52	385
ENDODONCIA	54	117	104	31	306
DERMATOLOGIA	128	105	32	22	287
CARDIOLOGIA	69	113	30	42	254
GATROENTEROLOGIA	88	78	24	17	207
GINECOLOGIA	79	66	17	36	198
REHAB. PROTESIS REMOVIBLE	5	100	27	38	170
ENDOCRINOLOGÍA	63	36	22	46	167
CIRUGIA ABDOMINAL	9	14	121	0	144
REUMATOLOGIA	51	42	7	40	140
NEUROCIRUGIA	41	57	27	15	140
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	18	65	27	23	133
PERIODONCIA	12	39	24	18	93
NEFROLOGIA	36	16	10	27	89
MEDICINA INTERNA	42	22	11	5	80
CIRUGIA BUCAL	1	18	20	25	64
ODONTOPEDIATRIA	5	3	22	6	36
ORTODONCIA	6	10	13	5	34

### TENDENCIA POBLACIÓN INSCRITA

Desde el año 2000, la población inscrita validada ha ido aumentando paulatinamente, llegando actualmente a la cifra de 98.006, en último corte de octubre 2010. En el siguiente gráfico se observa su evolución en el último decenio.

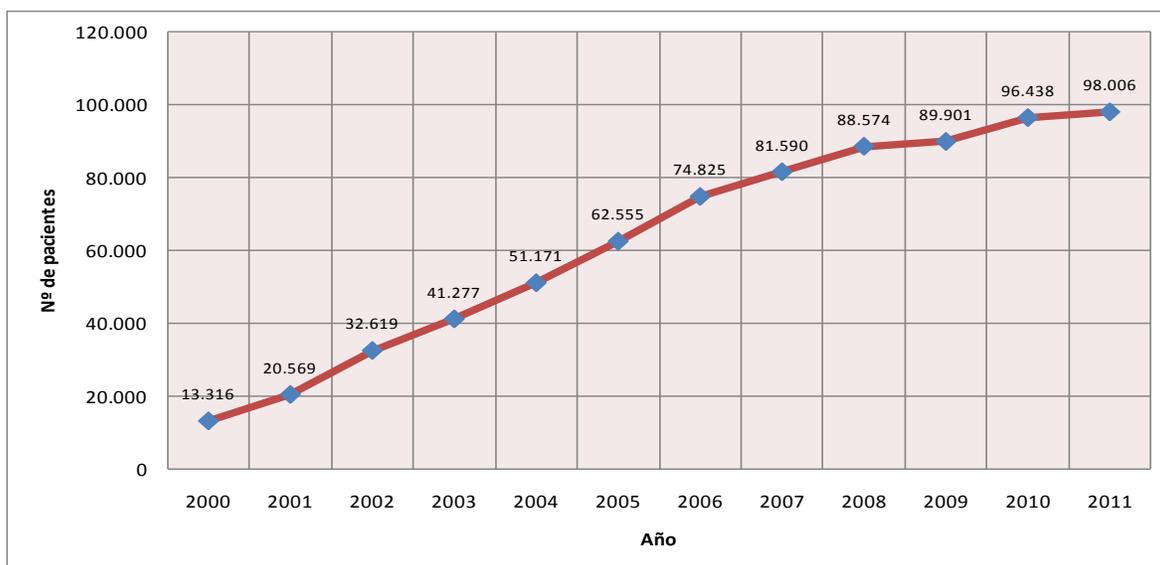


Figura 2: Evolución de la población inscrita validada FONASA. Red de Salud Municipalidad de Santiago.

Esta población podría aumentar drásticamente de trasladarse aproximadamente 75.000 usuarios inscritos en los establecimientos APS dependientes del Servicio de Salud que residen en la comuna. Desde ya se debe contar con recintos para acoger tal demanda.



---

## B. Diagnóstico Situación Comunal

## CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA COMUNA DE SANTIAGO

De acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas INE, según Censo 2002, la población nacional para el año 2010, es de 17.094.275 habitantes, de los cuales, 40.3% reside en la Región Metropolitana, de éstos, 167.867 residen en la comuna de Santiago, lo que corresponde al 2,5% de la población regional.

### 1. Características demográficas

#### 1.1. Edad y sexo

En la Región Metropolitana, 51,9% de los habitantes son mujeres, en tanto en la comuna de Santiago, esta cifra corresponde al 49,8%. 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) y también de adultos mayores, destacando el grupo de 80 años y más, que dobla la distribución de este grupo a nivel regional. En sentido contrario es posible apreciar un grupo pequeño de adolescentes, sólo un tercio de la distribución regional. En general, son más los adultos mayores (adultos de 65 años y más) con un 15,3%, frente a un 11,1% de menores de 9 años (Ver Figura 3).

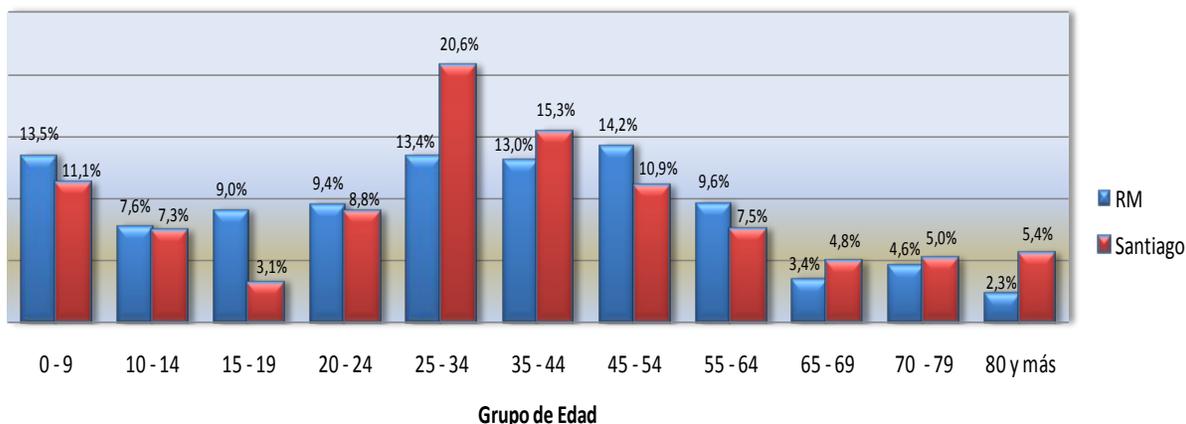


Figura 3: Distribución poblacional según grupos de edad. Región Metropolitana y comuna de Santiago. CASEN 2009.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, existe en casi todos los grupos una proporción similar entre hombres y mujeres, sin embargo, destaca el grupo entre 35 y 44 años con una mayor cantidad de hombres y el grupo de 70 a 79 años con una población femenina que supera con creces a la población masculina (Ver Figura 4).

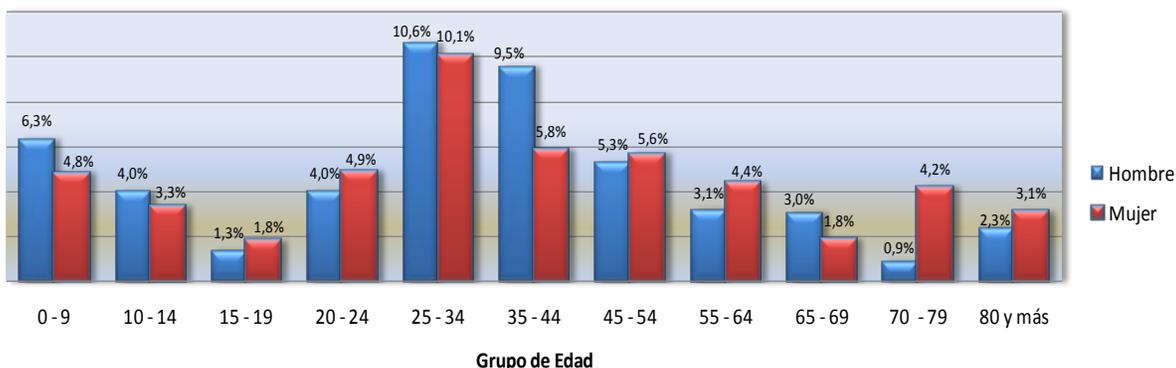


Figura 4: Distribución poblacional según sexo y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2009.

Las diferencias porcentuales en los distintos grupos de edad, comparándolos con igual encuesta 2006, queda reflejado en el siguiente gráfico (ver Figura 5), donde se muestra disminución de la población infantil y aumento de la población adulta mayor.

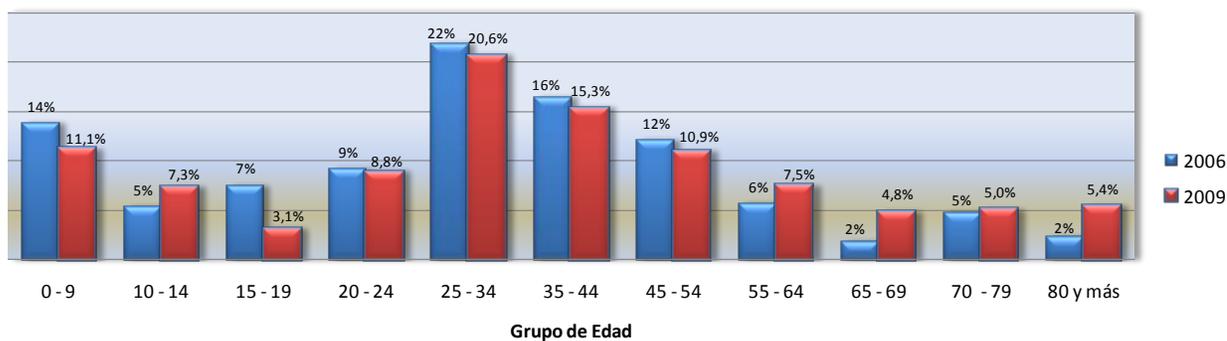


Figura 5: Distribución poblacional según CASEN 2006 y 2009.

## 1.2. Población infantil y población adulta

La comuna de Santiago se caracteriza por ser una de las que presentan el mayor porcentaje de adultos mayores y menor porcentaje de niños en la región, se asimila en esta característica a las comunas de Providencia, Ñuñoa, Macul, Pedro Aguirre Cerda y La Cisterna. La comuna de Estación Central, contigua a Santiago, se caracteriza también por una pequeña proporción de población infantil, su población adulta mayor alcanza al 14% (Ver Figura 6).

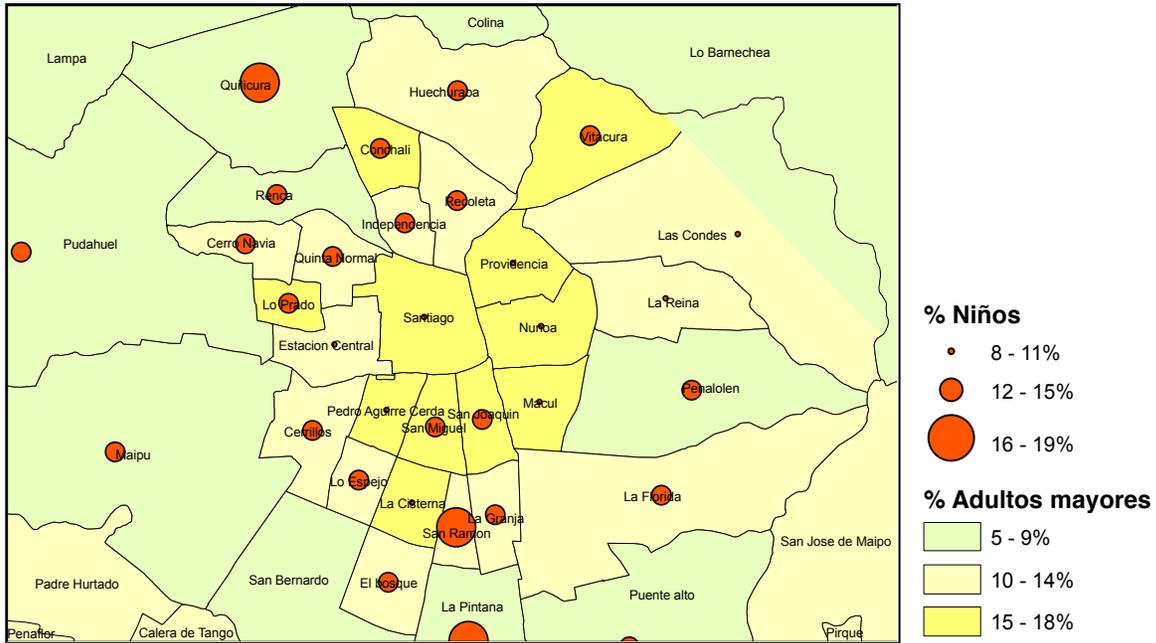


Figura 6: Distribución porcentual de la población infantil (niños entre 0 y 9 años) y adulta (mayores de 65 años) en la comuna de Santiago y otras comunas adyacentes a ella. CASEN 2009.

### 1.3. 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.

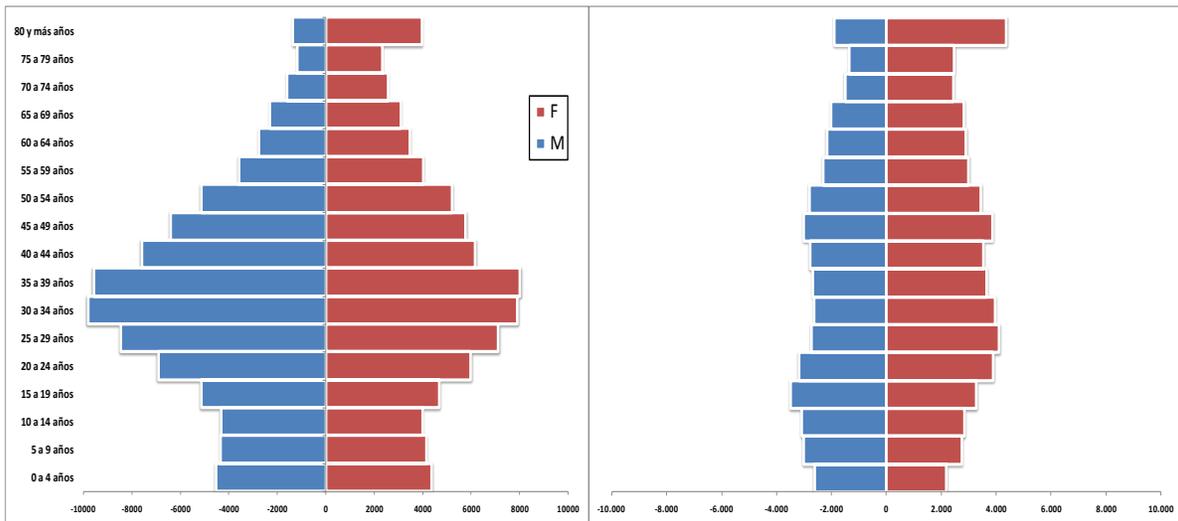


Figura 7: Estructura poblacional por grupos de edad Comuna de Santiago, proyección INE 2010 y población inscrita, corte FONASA junio 2010.

#### 1.4. 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.

#### 1.5. Estado Civil

Cerca de un 50% de los residentes de Santiago, mayores de 15 años, está casado o vive en pareja y un 9% está viudo, anulado o divorciado, el grupo mayoritario son los solteros con un 37,2%. Esto es similar a lo que se observa en el resto de la región y no ha habido variaciones importantes respecto al año 2006 (Ver Figura 9).

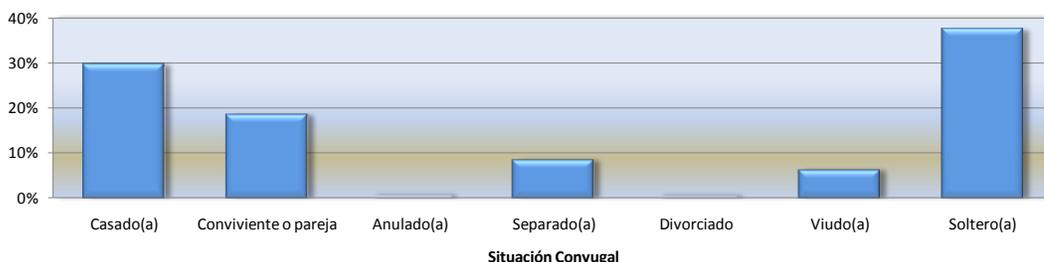


Figura 9: Distribución de la población de Santiago según situación conyugal. CASEN 2009

## 1.6. Etnia

En la Región Metropolitana, 4,2% de la población declara pertenecer a algún pueblo indígena, en la comuna de Santiago, esta cifra corresponde al 5,2% (Ver Tabla 1).

Tabla 4: Distribución de la población de la comuna de Santiago según pertenencia a alguna etnia. CASEN 2009.

Etnia	% del total
Aymara	0,1
Quechua	1,4
Mapuche	3,6
Kawésqar	0,1
No pertenece a ningún pueblo indígena	94,8
Total	100,0

De acuerdo a la Tabla 4, del total de la población indígena, la etnia Mapuche constituye el 69%, le sigue con un 27% la etnia Quechua.

En la población inscrita en los centros de salud, que refiere pertenecer a una etnia indígena son solo el 0.7%, de estos un 65% señala pertenecer al pueblo mapuche. Indudablemente existe un problema de registro de esta información en el momento de la inscripción, que debe corregirse.

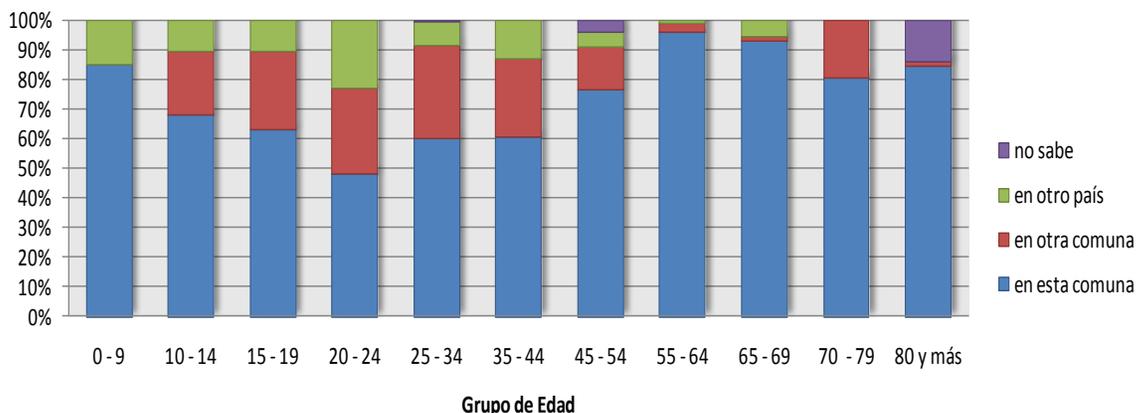
## 2. Movimientos poblacionales

### 2.1. Inmigración

Sólo 70% de los residentes de la comuna de Santiago habitaba aquí desde noviembre de 2004. Diecinueve por ciento proviene de otra comuna y 9,3% es extranjero. Al ver la distribución de la población según grupos de edad y lugar de residencia, es posible apreciar que la gran mayoría de extranjeros son menores de 44 años. Por otra parte, entre los residentes de 20 a 24 años, sólo la

mitad habita esta comuna desde hace 5 años, el resto se divide en partes iguales entre extranjeros y personas que provienen de otras comunas del país. También destaca el grupo de 70 a 79 años, de los cuales casi 20% proviene de otra comuna de residencia (ver

Figura 10).

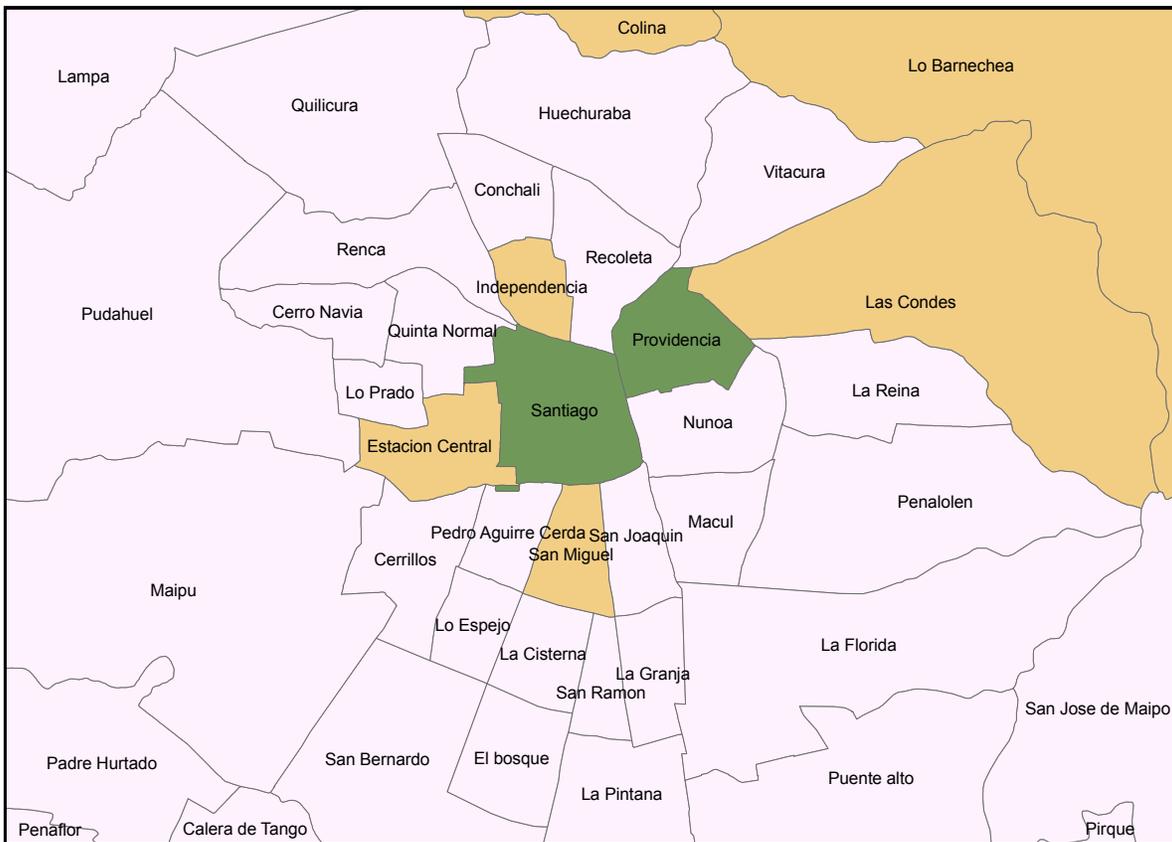


**Figura 10: Distribución de población según lugar de residencia en noviembre de 2004 y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2009.**

Cabe señalar que, según Encuesta CASEN 2006, la población de inmigrantes en ese año solo alcanzaba al 3,5%. Por lo tanto, en el último trienio se ha triplicado este grupo poblacional.

## 2.2. Extranjeros

Santiago es la comuna con la mayor proporción de extranjeros (9,1%), en el entendido de que todos quienes dijeron residir en el extranjero hace cinco años atrás no son chilenos; a la vez hay cuatro comunas que la rodean que también tienen una proporción importante de extranjeros, éstas son las comunas de Providencia, Estación Central, Independencia y San Miguel (Ver Figura 11).



**Extranjeros**



Figura 11: Proporción de población comunal que es extranjera. CASEN 2009.

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:

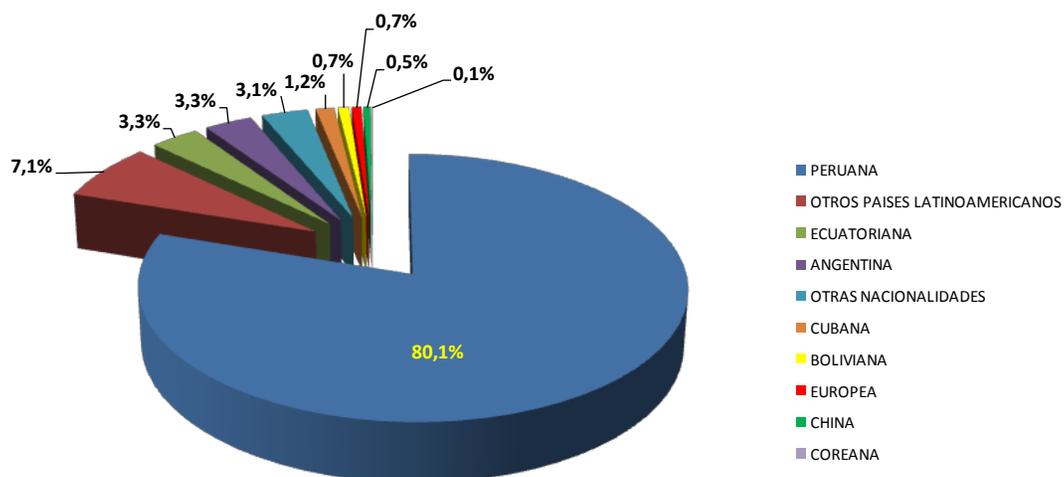


Figura 12: Distribución porcentual de extranjeros inscritos en la Red de Salud Municipal. (n=6.808)

### 2.3. Desplazamiento de los residentes de Santiago

Otro aspecto a considerar es la movilidad de la población dentro de la ciudad, ya sea por motivos de trabajo o estudio. En este sentido, en la Región Metropolitana, sólo 30% de la población trabaja o estudia dentro de la misma comuna de residencia. Esta no es la situación de Santiago, donde 46,8% trabaja o estudia en ella.

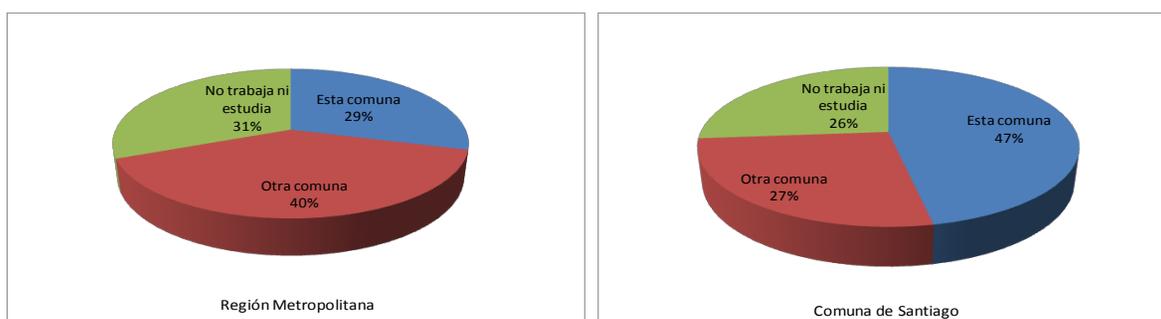


Figura 13: Distribución de la población según lugar donde trabaja o estudia

### 2.4. Población flotante

En Santiago solo reside el 2,5% de la población Metropolitana, siendo una de las más bajas, sin embargo, es la más alta en relación a la población que se desplaza a ella para estudiar o trabajar, incluso por encima de las comunas de Providencia y las Condes (Ver Figura 14).

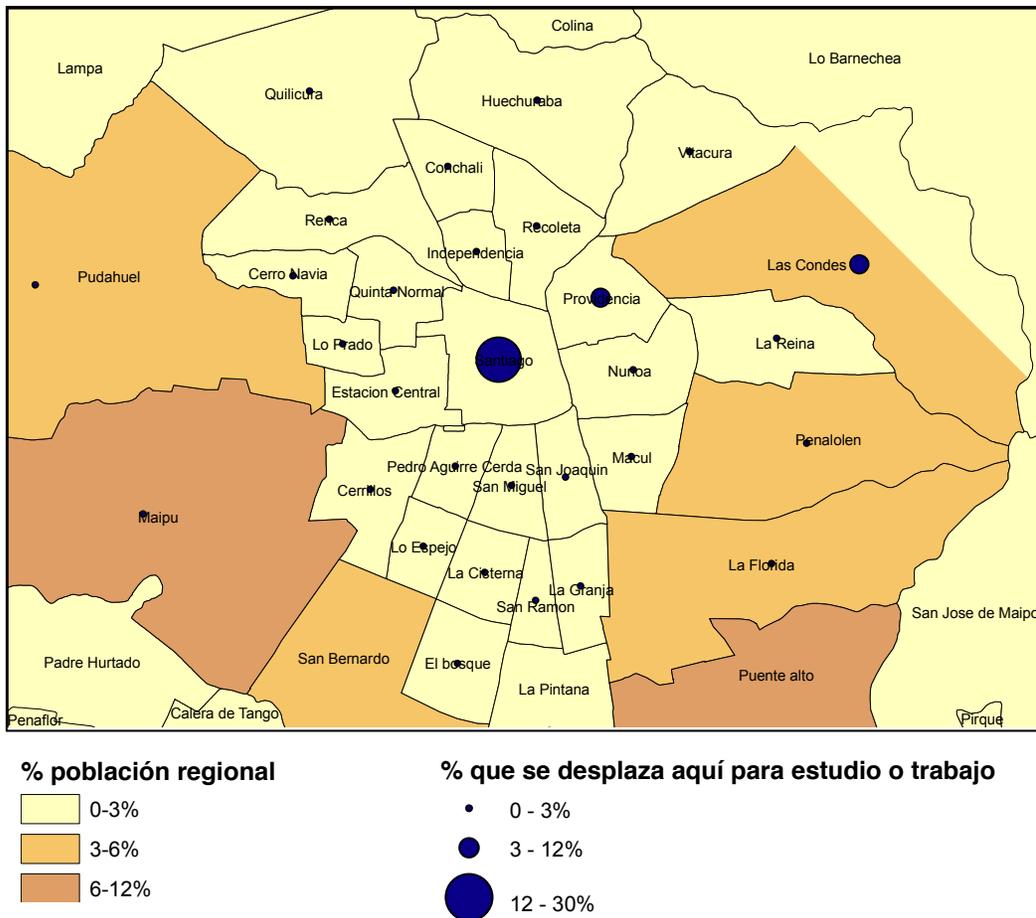


Figura 14: Distribución de la población regional y distribución de la población flotante. CASEN 2009.

### 3. Nivel Educativo

Respecto a la Región Metropolitana, la comuna de Santiago destaca por su proporción importante de personas que han alcanzado la educación técnica o universitaria, 44% comunal versus 27,6% regional. Lo mismo se traduce en un menor porcentaje en la comuna de población sin educación o con educación básica incompleta.

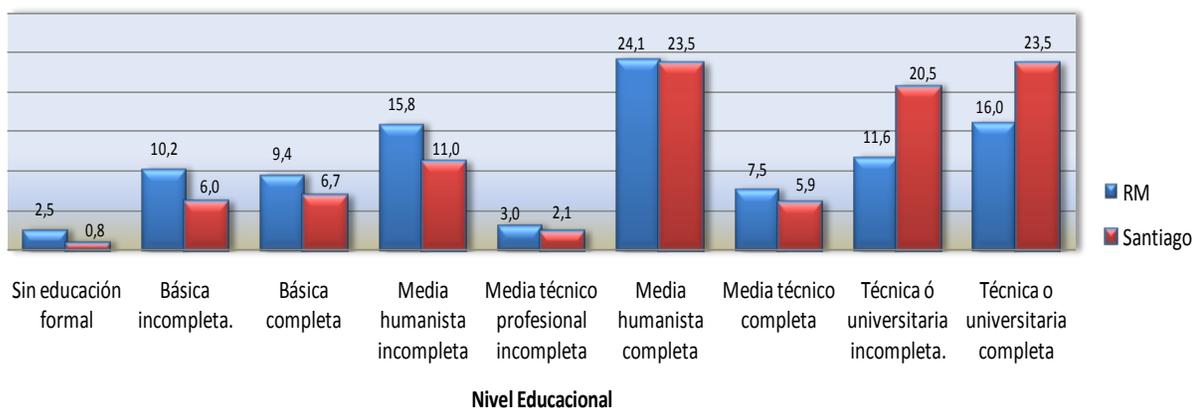


Figura 15: Distribución de la población mayor de 15 años según Nivel educacional. CASEN 2009

Debido a la gran cantidad de establecimientos de educación superior que hay en la comuna, se consultó el nivel educacional sólo de los residentes que actualmente no asisten a ningún establecimiento educación; destaca que casi 30% de los residentes de la comuna de Santiago que ya no estudian, posee educación técnica o universitaria completa, un 10% por sobre el promedio regional (Ver Figura 16).

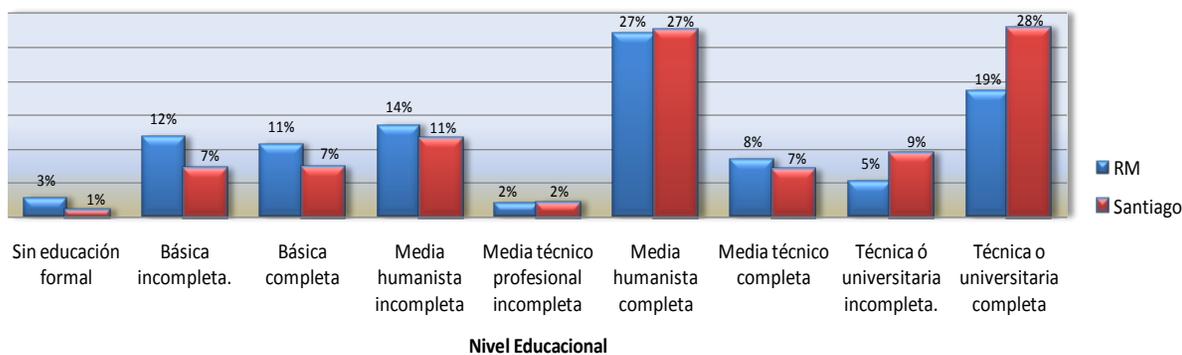


Figura 16: Distribución de la población mayor de 15 años, que no asiste a un establecimiento de educación, según Nivel educacional. CASEN 2009

## 4. Situación laboral

### 4.1. Condición laboral

Respecto a la Región Metropolitana, la comuna de Santiago se destaca por su mayor proporción de población activa y ocupada, 63% de la población comunal tiene trabajo (Ver Figura 17). Pero el nivel de cesantía aumentó de un 4,3% año 2006, a un 6,1% en el año 2009. Otro dato importante a considerar, es que las mujeres jefas de hogar son el 40,6%.

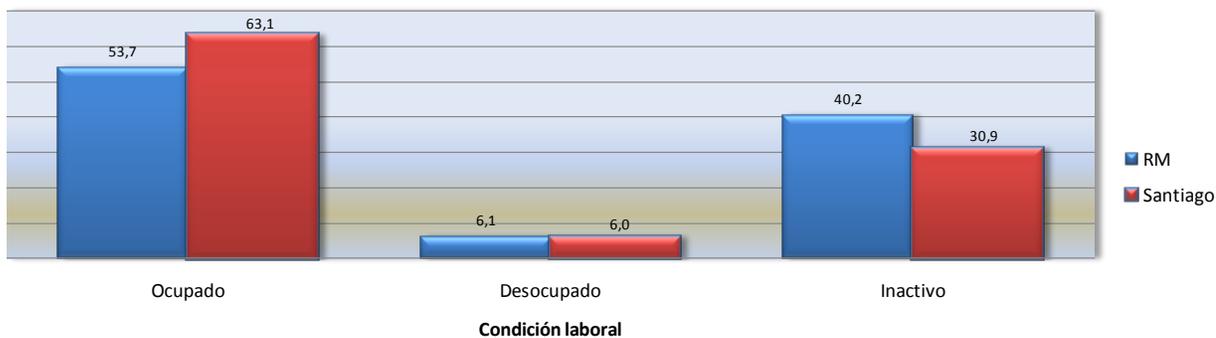


Figura 17: Distribución de la población según condición de su actividad laboral. CASEN 2009

#### 4.2. Ramas de actividad económica

La mayor parte de la población de la comuna de Santiago se desempeña en actividades de Servicios comunales sociales y en Establecimientos de seguros financieros, sumando ambas ramas el 56% de las actividades, siendo seguidas por áreas del comercio mayor y menor, hoteles y restaurantes (Ver Figura 18).

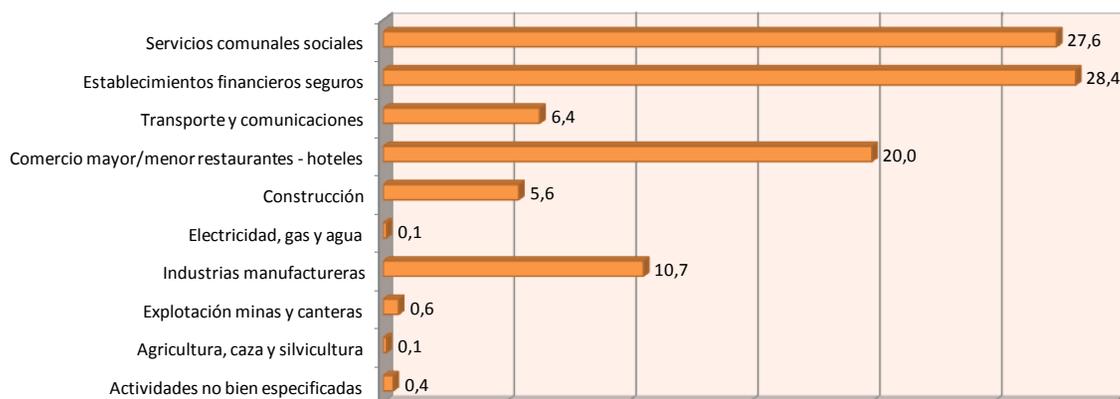


Figura 18: Distribución de la población según Rama laboral. CASEN 2009

#### 4.3. Oficios

En cuanto al oficio de los residentes de la comuna, la mayor proporción corresponde a profesionales, científicos e intelectuales (23,5%). Les siguen en orden Trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercado (17,9%) y Técnicos y profesionales de nivel medio (1,3%) (Ver Figura 19).



Figura 19: Distribución de la población según Oficio o actividad. CASEN 2009

## 5. Acceso a las comunicaciones

En general los residentes de la comuna de Santiago tienen buenos niveles de conectividad, la mitad de la población posee teléfono fijo, cerca de 70% tiene teléfono móvil o celular y 74% dispone de algún tipo de conexión a internet (Ver Figura 20).

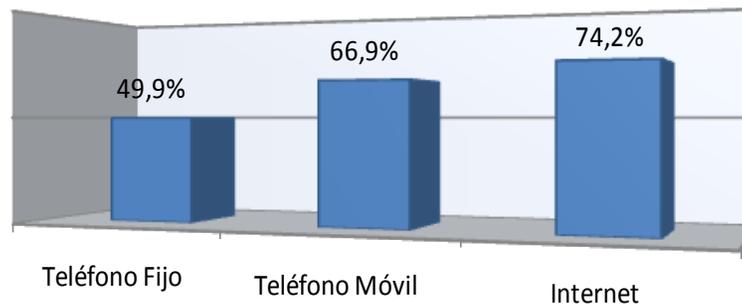


Figura 20: Disposición de medios de comunicación de que disponen los residentes de la comuna de Santiago. CASEN 2009

## 6. Condición de pobreza

### 6.1. Nivel de pobreza

En la comuna de Santiago la pobreza alcanza al 7,3% de la población, con un 0,5% de indigencia (Ver Figura 21), a nivel regional el porcentaje de pobreza supera el 13%. No hay variación porcentual con respecto al año 2006.



Figura 21: Distribución de la población de la comuna de Santiago según condición de pobreza. CASEN 2009.

Es importante recalcar además que 3,4% de los núcleos familiares de la comuna participa en Chile Solidario, y 4.988 personas del Chile Solidario están inscritas en los Centros de Salud Municipal.

## 6.2. Índice de Desarrollo humano

Si se considera el Índice de Desarrollo Humano, indicador que pretende medir las capacidades humanas en 3 dimensiones: educación (alfabetismo y media de escolaridad en adultos, más cobertura educacional), salud (años de vida potencialmente perdidos) e ingresos (promedio de ingresos per cápita de los hogares), la comuna de Santiago se encuentra en el 8º lugar de 345 comunas del país evaluadas (año 2005 PNUD).

Desde un enfoque regional, Santiago se ve rodeada de cuatro comunas con el más bajo IDH metropolitano y tres comunas que si bien no están en el estrato inferior, también tienen un menor desarrollo que Santiago (Ver Figura 22).

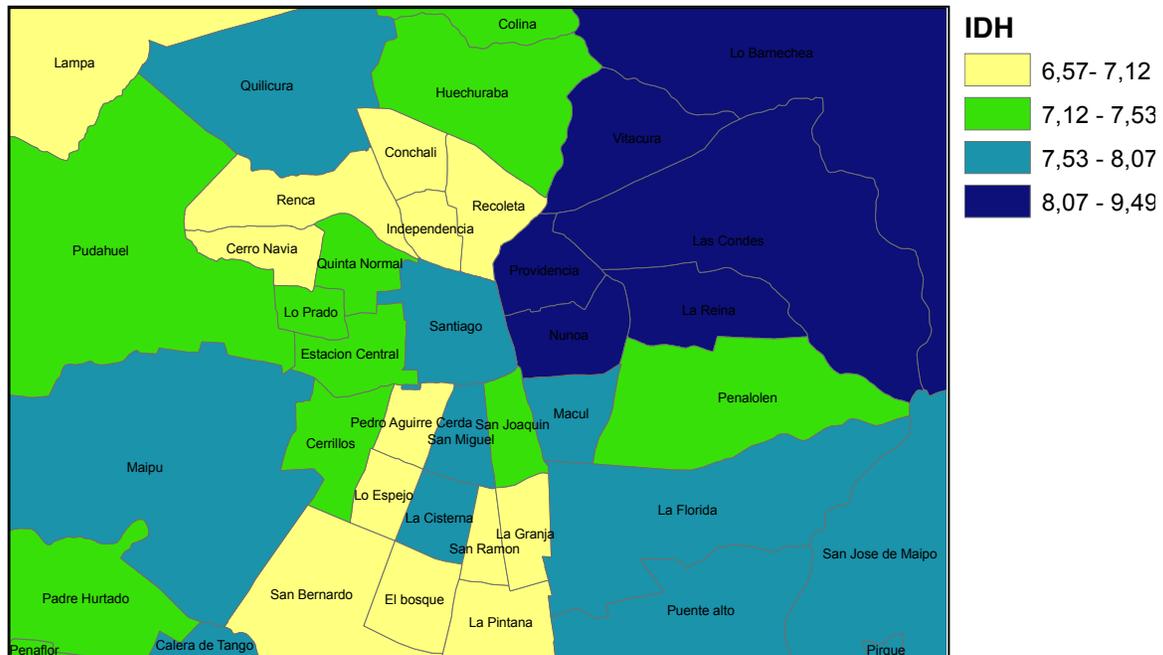


Figura 22: Índice de Desarrollo Humano Comunal. PNUD 2005

## 7. Vivienda

### 7.1. Condición de la vivienda

En cuanto a la condición de tenencia de la vivienda, más de la mitad de los hogares de la comuna de Santiago son arrendatarios (52,1%). En tanto, 37,8% son propietarios, incluyendo a quienes están pagando y quienes terminaron de pagar su vivienda (Ver Figura 23).

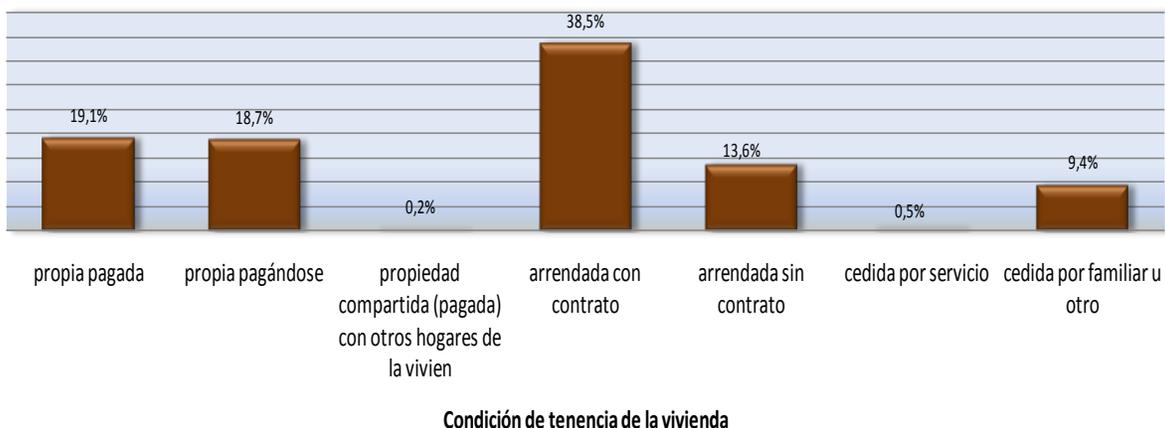


Figura 23: Distribución de los hogares de la comuna de Santiago según condición de tenencia de su vivienda. CASEN 2009.

### 7.2. Tipo de vivienda

La mayor proporción de los residentes de la comuna de Santiago habita en departamentos de edificio. Hay sin embargo, cerca de 3% de los residentes habitan en piezas o conventillos (Ver Figura 24).



Figura 24: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según el tipo de vivienda que habitan. CASEN 2009.

## 8. Previsión

### 8.1. Tipo de previsión

En la comuna de Santiago, 62,4% de los residentes son beneficiarios del sistema público, de los cuales 35% pertenecen a los grupos A y B. Si se consideran a los particulares y a quienes desconocen su tipo de previsión, 76% de los residentes de la comuna son potenciales usuarios de los centros de atención primaria de la comuna (Ver Figura 25). Si se compara con la información proveniente de la Encuesta CASEN 2006, hubo un aumento de 8,3 puntos porcentuales (54,1 versus 62,4%)

Analizando solo la población inscrita en los Centros de Salud municipal, tenemos que el 59.3 % pertenecen a los grupos A y B de FONASA, 28.5% y 30,8% respectivamente (Fuente MINSAL), cabe señalar 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.

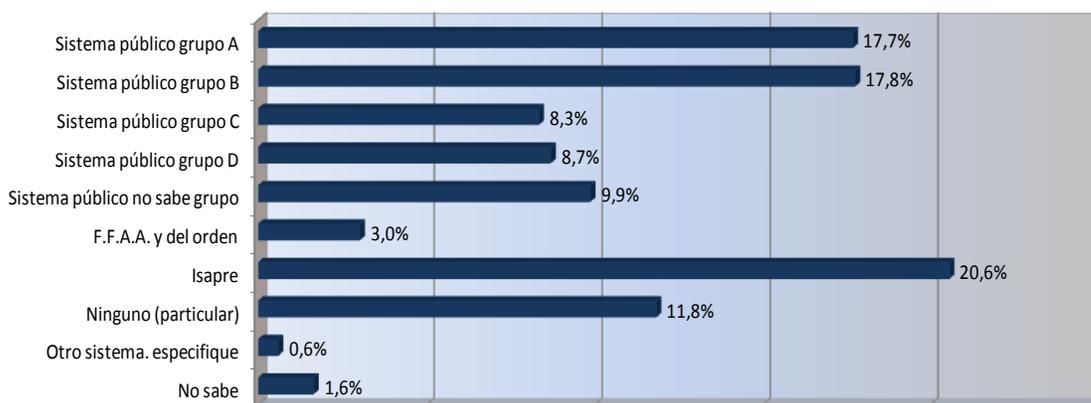


Figura 25: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según tipo de previsión de salud. CASEN 2009.

En cuanto a la previsión de los inmigrantes, un 47,9% refiere tener FONASA, un 20,4% no tiene previsión y se atiende en forma particular y un 29,8% tiene ISAPRE

Los beneficiarios de FONASA que pertenecen al grupo A son los de más escasos recursos, entran en este grupo los indigentes. Santiago tiene una proporción de beneficiarios del grupo A que es relativamente baja, comparativamente con las comunas que la rodean, las cuales tienen una proporción mayor de beneficiarios de este grupo (Ver Figura 26).

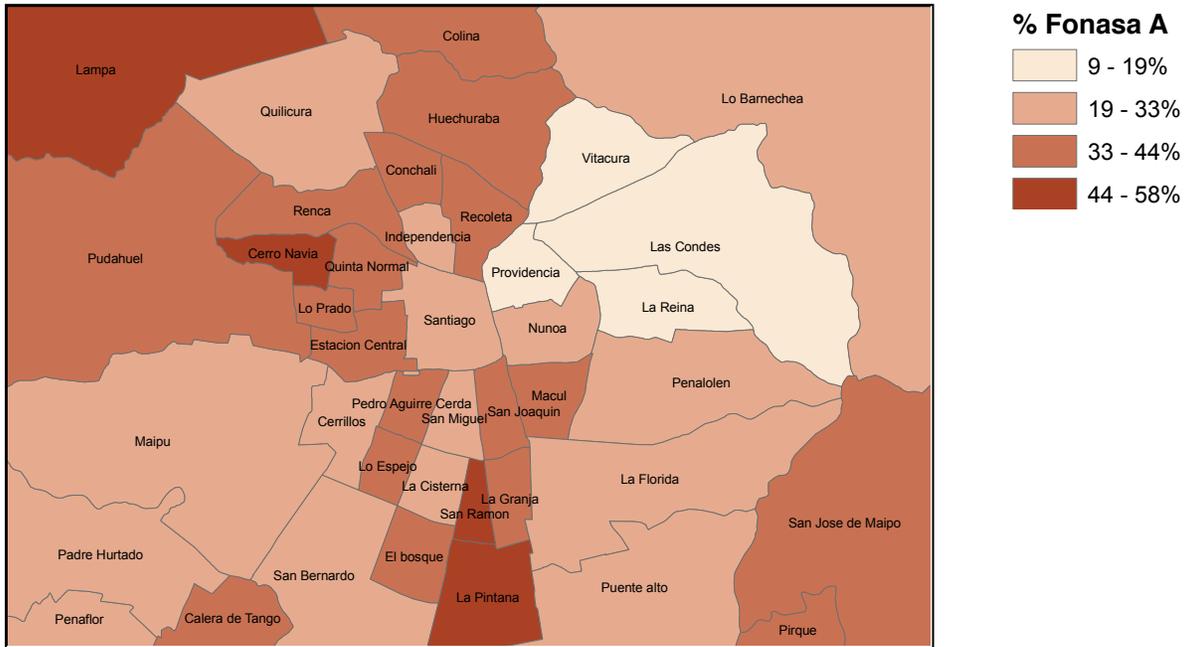


Figura 26: Distribución porcentual de la población que pertenece al grupo A de FONASA respecto a todos los beneficiarios del sistema público. CASEN 2009

## 8.2. Elección de los establecimientos de Salud

Aproximadamente 40% de los residentes de la comuna, que acuden a controles de salud<sup>1</sup>, lo hace en un centro de atención primaria. La mayor parte de la población se atiende en establecimientos privados (Ver

Figura 27)

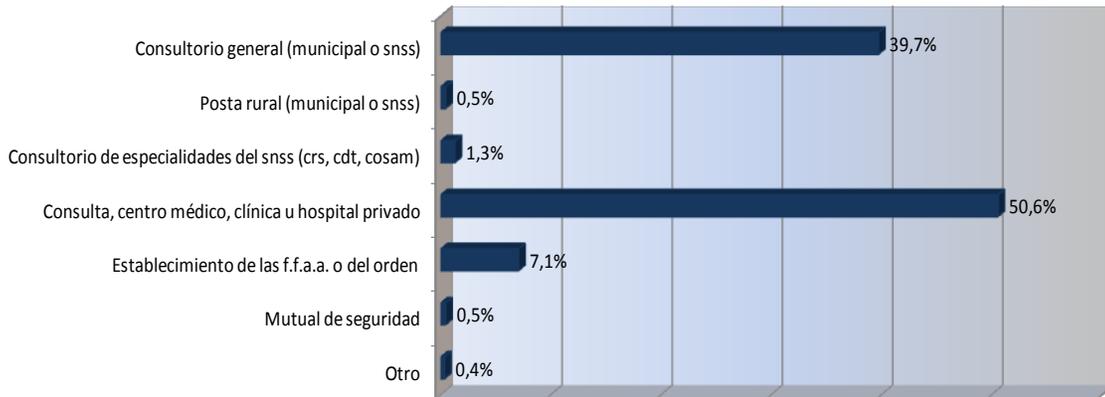


Figura 27: Distribución de lugares de atención en que residentes de la comuna de Santiago controlan su salud. CASEN 2009.

<sup>1</sup> Respuesta frente a la pregunta: en los 3 últimos meses ¿Cuántos controles de salud se ha realizado?, si la respuesta es 1 o más, se le pregunta ¿dónde? Aproximadamente el 15% de la población asiste a Control de Salud.

Tabla 5: Distribución de Establecimientos de salud en que se controlan los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a su tipo de previsión. CASEN 2009.

Establecimiento de Salud	Tipo de previsión			
	Sistema público	Isapre y FF.AA.	Ninguna (Particular)	No sabe
Consultorio general (Municipal o SNSS)	49%	0%	0%	100%
Posta rural (Municipal o SNSS)	1%	0%	0%	0%
Consultorio de especialidades del SNSS (CRS, CDT, COSAM)	2%	0%	0%	0%
Consulta, Centro médico, Clínica u Hospital privado	48%	66%	100%	0%
Establecimiento de las F.F.A.A. o del orden	0%	32%	0%	0%
Mutual de seguridad	1%	0%	0%	0%
Otro	0%	3%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a la Tabla 4, en los consultorios sólo se atienden beneficiarios del sistema público, de los cuales, sin embargo cerca del 50% de los beneficiarios de FONASA ha optado por controlarse en el sistema privado. La totalidad de los pacientes que desconoce su previsión son atendidos en los consultorios.

Tabla 6: Distribución de Establecimientos de salud en que se controlan los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a su lugar de residencia hace 5 años. CASEN 2009.

Establecimiento de Salud	Lugar de residencia hace 5 años			
	Chile	Otro país	No sabe	Total
Consultorio general (Municipal o SNSS)	69%	20%	11%	100%
Posta rural (Municipal o SNSS)	100%	0%	0%	100%
Consultorio de especialidades del SNSS (CRS, CDT, COSAM)	100%	0%	0%	100%
Consulta, Centro médico, Clínica u Hospital privado	95%	5%	0%	100%
Establecimiento de las F.F.A.A. o del orden	100%	0%	0%	100%
Mutual de seguridad	100%	0%	0%	100%
Otro	100%	0%	0%	100%

Si se asume que todos quienes residían en otro países hace 5 años atrás son extranjeros, al menos 20% de los residentes de la comuna que controlan su salud en un consultorio del sistema público, no son chilenos (Tabla 6), esta cifra podría aumentar con quienes dicen no saber donde residían 5 años atrás o con los extranjeros que llegaron al país hace más de 5 años. En el mismo sentido, 73% de los extranjeros se controla en consultorios generales.

Todos quienes mencionaron controlarse en establecimientos públicos dijo además ser beneficiario del sistema público, la encuesta no refleja atención a particulares en estos centros (datos no mostrados en la tabla).

### 8.3. Tipo de Previsión y Uso de Establecimientos de Salud públicos

En relación a otras comunas de la RM, la población de Santiago se caracteriza por utilizar escasamente los establecimientos públicos de salud, aún cuando su proporción de población beneficiaria de FONASA no es la menor de la región, como ocurre con las comunas de la zona norte. En sentido contrario, a excepción de las comunas de Providencia, Ñuñoa, Independencia y San Miguel, las comunas que rodean a la comuna de Santiago se caracterizan por poseer una gran proporción de beneficiarios del sistema público, entre 72 y 96%; de ellas, las comunas de Recoleta y Pedro Aguirre Cerda son las que utilizan en mayor medida los establecimientos de salud públicos (Ver Figura 28).

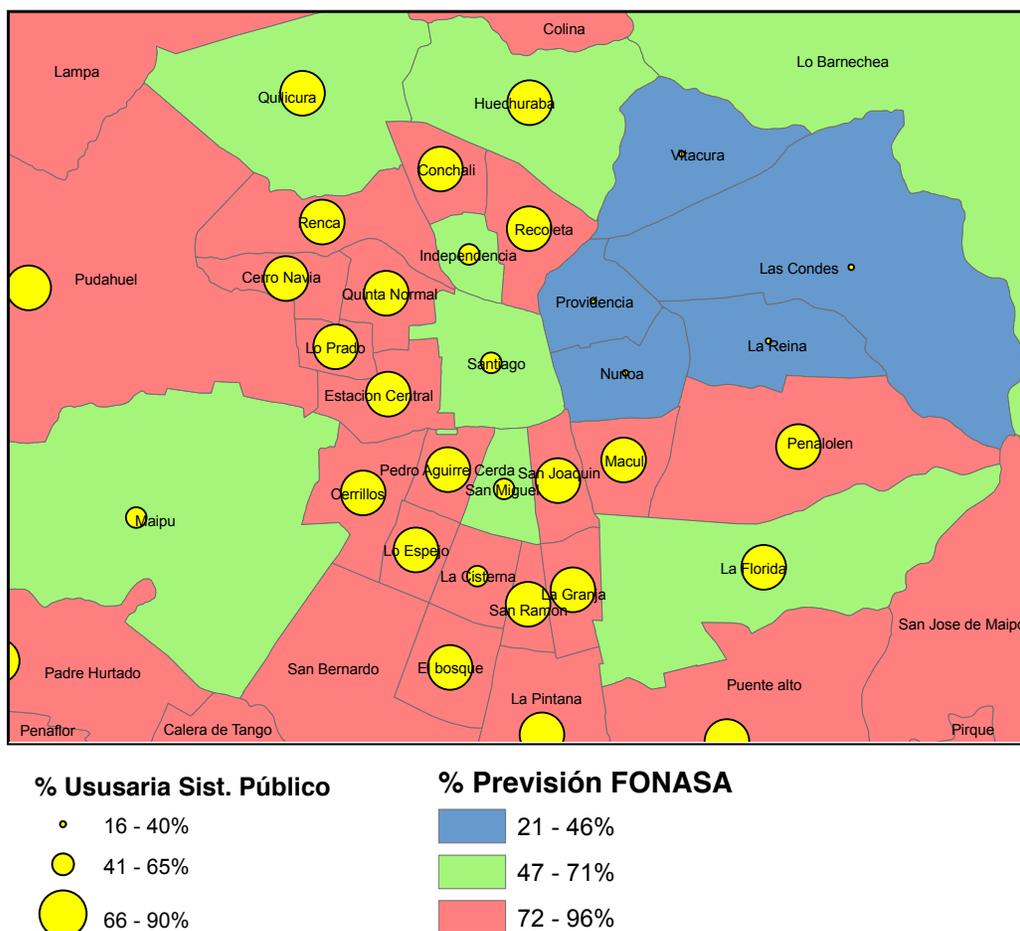


Figura 28: Distribución porcentual de la población beneficiaria del sistema público FONASA y de la población usuaria de centros de atención públicos en la comuna de Santiago y otras comunas adyacentes a ella. CASEN 2009.

## 9. Percepción del Estado de Salud

### 9.1. Percepción

La autoevaluación sobre el estado de salud de los residentes de la comuna de Santiago entrega cifras satisfactorias, 69% de la población se encuentra Bien y Muy bien, en tanto 24% se encuentra Regular, menos que regular o mal (Ver Figura 29).



Figura 29: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a la autoevaluación de su estado de salud. CASEN 2009.

Tabla 7: Autoevaluación del estado de Salud de residentes de la comuna de Santiago que se controlan en consultorios públicos, de acuerdo a su lugar de residencia hace 5 años. CASEN 2009.

Lugar de residencia hace 5 años	Estado de Salud							Total
	Muy mal	Mal	Menos que regular	Regular	Más que regular	Bien	Muy bien	
Chile	0%	4%	4%	29%	5%	57%	2%	100%
Otro país	0%	0%	0%	71%	0%	29%	0%	100%
No sabe	0%	0%	0%	50%	50%	0%	0%	100%

De acuerdo a la Tabla 7, la percepción de su estado de salud de los residentes de Santiago, que se atienden en consultorios públicos, es más deficiente que la población general y además varía de acuerdo al lugar de residencia hace 5 años, 37% de quienes residían en Chile autoevalúan su salud como regular, menos que regular o mal, versus 71% de quienes residían en el extranjero. La totalidad de quienes no recuerdan donde residían hace 5 años, autoevalúa su salud como regular o más que regular.

El estado de salud puede variar con los años, es esperable que en una comuna muy envejecida sea mayor la proporción de la población que no autoevalúe su salud como buena, también en puntos anteriores de vio que los extranjeros tenían una salud más disminuida que los nacionales. La figura 3 muestra la proporción de la población que autoevalúa su salud como regular o menos que regular. Se observa que Santiago es una comuna promedio en este sentido, sin embargo la rodean



Ahora bien, si se observa a los residentes de la comuna de Santiago que han asistido a controles de salud en los últimos 3 meses, 20% de ellos sufren de una condición física de larga duración. Este grupo se atiende mayoritariamente en establecimientos de atención primaria, tal como se observa en el siguiente gráfico:

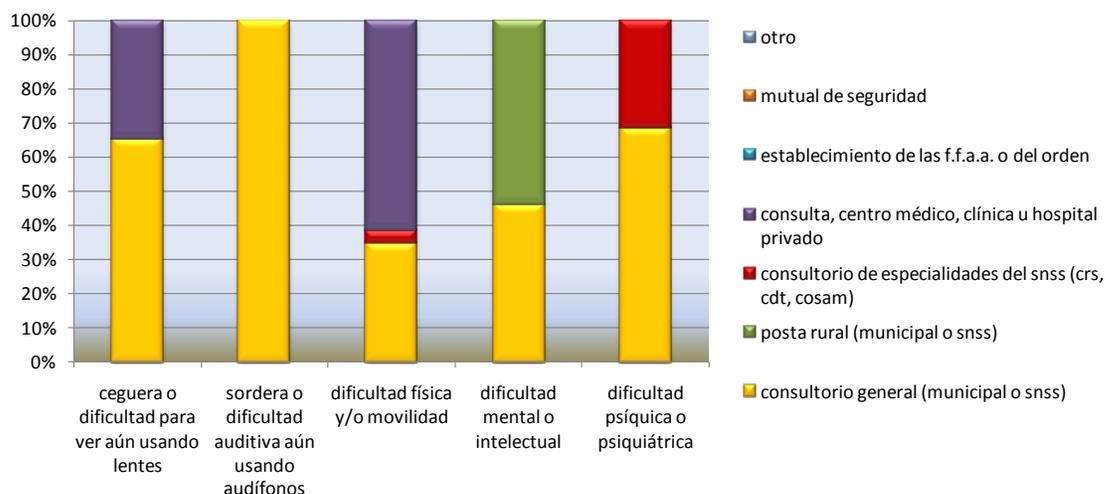


Figura 32: Distribución porcentual de los centros en que se controlan los residentes de la comuna de Santiago de acuerdo a la condición física de larga duración que padecen.

Los análisis realizados en base a comuna de residencia y establecimiento de atención están sujetos a sesgo, dado que no se pregunta a los encuestados si el establecimiento de salud en que se atienden está ubicado en la misma comuna de residencia; por otra parte, las características de las personas atendidas en estos centros también puede variar, dado que además se atiende a pacientes que no residen la comuna.

## 10. Indicadores de Salud Globales

Según datos del Departamento de Estadística del MINSAL, Chile, la Región Metropolitana y la comuna de Santiago presenta los siguientes indicadores:

Tabla 8: Tasa de Natalidad, año 2008, según lugar de residencia de la madre. Fuente DEIS MINSAL.

	Población	Nacidos vivos*			
		Inscritos			Tasa de Natalidad**
		Total	Con atención profesional	Corregidos	
País	16.763.470	246.581	246.186	248.366	14,80
Región Metropolitana	6.750.311	99.952	99.857	100.696	14,89
Santiago	175.213	4.112	4.110	4.143	23,60

\* Según residencia de la madre

\*\* Por mil habitantes.

Tal como se observa, la tasa de natalidad de la comuna de Santiago es un 60% más que las cifras regionales y nacionales, y va en aumento (Tasa de Natalidad años 2006 y 2007: 20,9 y 21,7

respectivamente), puede explicarse porque el grupo de edad entre 25 y 34 años es proporcionalmente mayor, y además por el fenómeno de inmigración transitoria dado por mujeres que viajan a tener sus hijos en este país y llegan a la comuna de Santiago. Cabe señalar en este punto, que hasta septiembre de este año ingresaron a control 914 embarazadas y solo 527 recién nacidos en igual período, es decir, menos del 60% de los niños esperados con un flujo de ingresos constante. Esto es coincidente con lo que señalan los equipos de salud, que es el hecho que ingresan muchas mujeres inmigrantes con un embarazo avanzado y que lo hacen por la gratuidad de la atención del parto, volviendo posteriormente a su país de origen. Esta situación debe ser tomada en cuenta en el momento de fijar los indicadores de gestión.

**Tabla 9: Mortalidad General e Índice de Swaroop. Año 2008. Fuente DEIS MINSAL.**

	Mortalidad General						ÍNDICE DE SWAROOP (**)		
	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	Hombre	Mujer
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)			
País	90.168	5,4	48.588	5,9	41.580	4,9	74,7	69,1	81,2
Región Metropolitana	33.392	4,9	17.334	5,3	16.058	4,6	75,6	69,2	82,5
Santiago	1.455	8,3	682	7,7	773	8,9	78,3	70,2	85,4

\* Por 1000 habitantes

\*\* Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más.

Aunque la tasa de mortalidad es significativamente más alta que la presentada por la región metropolitana, estas muertes ocurren mayoritariamente en población mayor de 60 años tal como lo señala el índice de Swaroop. Proporcionalmente la población mayor de 80 años duplica a la Metropolitana, y por lo tanto se produce mayor número de muertes comparativamente.

**Tabla 10: Mortalidad Infantil, año 2008. Fuente DEIS MINSAL.**

	INFANTIL		NEONATAL		NEONATAL PRECOZ		POSTNEONATAL	
	Defunciones < de 1 año	Tasas (*)	Defunciones < 28 días	Tasas (*)	Defunciones < 7 días	Tasas (*)	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasas (*)
País	1.948	7,9	1.369	5,5	1.122	4,5	579	2,3
Región Metropolitana	719	7,1	503	5,0	413	4,1	216	2,1
Santiago	32	7,7	30	7,3	25	6,0	2	0,5

Santiago concentra su mortalidad infantil en las muertes ocurridas en los menores de 1 mes, que habitualmente ocurren por prematurez extrema o malformaciones congénitas, la patología respiratoria toma mayor relevancia en los mayores de 1 mes, y aquí Santiago logra una tasa muy baja.

**Tabla 11: Mortalidad en la Niñez, año 2008. Fuente DEIS MINSAL.**

	GRUPOS DE EDAD (años)					
	TOTAL		1 a 4		5 a 9	
	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)	Defunciones	Tasa (*)
País	523	0,2	304	0,3	219	0,2
Región Metropolitana	195	0,2	108	0,3	87	0,2
Santiago	4	0,2	1	0,1	3	0,3

\* Por 1.000 habitantes de cada grupo de edad

La tasa de mortalidad entre los 1 y 9 años no presenta diferencia significativa a la tasa nacional y regional, siendo todas muy bajas.

**Tabla 12: Mortalidad en Adolescentes, año 2008. Fuente DEIS MINSAL.**

	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
País	1.060	0,4	694	0,5	366	0,3
Región Metropolitana	345	0,3	220	0,4	125	0,2
Santiago	8	0,4	3	0,3	5	0,5

(\*) Personas de 10 a 19 años de edad.

(\*\*) Tasa por 1.000 habitantes de 10 a 19 años de edad de cada sexo.

Durante el año 2008 ocurrieron 8 defunciones entre los 10 y 19 años, aunque es un número pequeño para sacar conclusiones, llama la atención que se revierte la tendencia de mayor número de muertes en hombres que en mujeres.

**Tabla 13: Mortalidad en Adultos, año 2007. Fuente DEIS MINSAL.**

	20 A 44 AÑOS				45 A 64 AÑOS			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
País	5.219	1,7	1.993	0,6	11.647	6,9	6.970	3,9
Región Metropolitana	1.939	1,5	743	0,6	4.235	6,4	2.680	3,7
Santiago	100	2,2	35	0,9	160	9,1	85	4,5

(\*) Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tanto en hombres como en mujeres, en los dos grupos de edad analizados, las tasas de mortalidad en Santiago son más altas que las cifras nacionales y regionales, fenómeno que debe analizarse más exhaustivamente y solicitar datos más recientes.

**Tabla 14: Mortalidad en Adultos Mayores, año 2008. Fuente DEIS MINSAL.**

	65 A 79 años				80 y más años			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)	Defunciones	Tasa (**)
País	16.778	32,9	12.536	19,6	12.717	121,0	18.736	100,3
Región Metropolitana	5.988	32,0	4.671	18,3	4.487	117,6	7.623	91,4
Santiago	262	49,7	205	24,3	171	126,3	417	104,9

(\*) Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tal como ocurre en el grupo precedente, las tasas de mortalidad son mayores, fenómeno que debe revisarse más detenidamente, una hipótesis sería por tener centros hospitalarios de alta complejidad como la Posta Central, muchos no residentes dan una dirección comunal para acceder a la atención, y si sucede una defunción está queda registrada en la comuna. Concomitante con esto, hay que considerar que el último Censo Nacional del 2002 da una tasa de crecimiento

negativo para Santiago y existen suficientes elementos que hacen pensar que esto no ocurrió así, y que por el contrario esta comuna aumentó el número de habitantes los últimos años, para el cálculo de las tasas, tener un denominador menor que el real, distorsiona aumentando el valor de la tasa, teoría que pudiese explicar la siguiente tabla, que muestra la tasa de AVPP con cifras para la comuna extremadamente altas comparadas con el promedio metropolitano.

**Tabla 15: Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos en población menor de 80 años, periodo 2001-2008. Tasa por 100.000 habitantes. Fuente DEIS MINSAL.**

	AÑO							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
País	8.238,6	7.837,8	7.775,4	7.767,3	7.505,8	7.401,9	7.698,7	7.613,4
Región Metropolitana	7.431,5	7.058,4	6.980,7	7.061,7	6.749,8	6.724,8	6.991,1	6.795,8
Santiago	9.711,5	8.710,0	9.126,5	9.354,8	9.235,5	8.684,1	10.411,3	10.356,4

\* Por 100.000 habitantes menores de 80 años de edad

## 11. Seguridad

Una de las variables más sentidas por la población es el nivel de seguridad de los espacios donde reside o trabaja, que sin duda afecta su sentido de bienestar y por ende afectan su salud mental, condiciona su nivel de participación y la capacidad de generar redes sociales.

El Ministerio de Salud desarrolló un Índice de Inseguridad comunal basado en información proveniente del Ministerio de Interior tomando en consideración las tasas de delitos de las comunas Urbanas del año 2009, proporcionadas por División Nacional de Seguridad Pública. Los delitos seleccionados para crear el indicador fueron:

- Robos con fuerza
- Robos con intimidación
- Robos sorpresas
- Lesiones graves

El índice determinado varía entre 0 y 1, siendo 1 el más inseguro. La comuna de Santiago presenta el valor más alto de las comunas evaluadas con un 0.89, le sigue Providencia con un 0.45 y Recoleta con un 0.41.

**Tabla 16: Índice de inseguridad comunal en Santiago y comunas aledañas. Fuente MINSAL.**

COMUNA	ÍNDICE
SANTIAGO	0,89
PROVIDENCIA	0,45
RECOLETA	0,41
QUINTA NORMAL	0,29
INDEPENDENCIA	0,34
SAN MIGUEL	0,37
ÑUÑO A	0,27
SAN JOAQUIN	0,28
PEDRO AGUIRRE CERDA	0,21
SAN JOAQUIN	0,28

## INDICADORES DE SALUD, RED APS MUNICIPAL. JUNIO DE 2011

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

El número de personas que asiste a control por el Programa de Salud Cardiovascular es de 16.630, porcentualmente considerando los inscritos del último corte FONASA de junio de 2010, esto equivale al 16,9%. A continuación se muestra el número de personas controladas por patología. Debe tomarse en cuenta que una misma persona puede asistir a control por más de una condición crónica.

Tabla 17: Número de pacientes bajo control según programa de salud

PROGRAMA DE SALUD	PACIENTES BAJO CONTROL
Integrantes de Familias en control de salud familiar	39.281
Adultos mayores en control	9.442
Programa de regulación de fertilidad	6.295
Niños en control	4.944
Programa de Salud Mental	4.714
Mujeres en control de climaterio	1.977
Gestantes en control	612
Programa de Rehabilitación Física	211

La mayor demanda de pacientes bajo control según situación de salud, proviene del grupo de los adultos mayores.

Tabla 18: Número de pacientes bajo control por patología crónica, 2010. Fuente DISAL.

PATOLOGÍA CRÓNICA	PACIENTES BAJO CONTROL
Hipertensión	12.251
Dislipidemia	5.019
Diabetes Mellitus	4.207
Obesidad	3.560
Tabaquismo	2.067
Depresión	1.472
Trastorno de Ansiedad	1.116
Trastorno de personalidad	732
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas	384
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	332
Asma bronquial	325
Artrosis de cadera y rodilla	303
Postrado no oncológico	257
Epilepsia	116
Síndrome bronquial obstructiva (SBO)	55
Enfermedad de Parkinson	50
Oxígeno dependiente	22
Postrado oncológico	13
Prematuro menor 1500 grs. y menor de 32 semanas	7
Alivio del dolor	6
Fibrosis quística	2
Infección de transmisión sexual	1

La mayor demanda de pacientes bajo control según patología corresponde a pacientes insertos en el Programa de Salud Cardiovascular, seguidos de trastornos de salud mental.

## 2. Índices de Actividad de Atención Primaria. Septiembre de 2011

Tabla 19: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	655	6.814	9,6%	15%
ORELLANA	224	2.405	9,3%	15%
VIEL	168	2.414	6,9%	15%
SAN VICENTE	156	1.882	8,3%	15%
<b>TOTAL</b>	<b>1.203</b>	<b>13.515</b>	<b>8,9%</b>	<b>15%</b>

Tabla 20: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	811	4.687	17,3%	22%
ORELLANA	336	2.065	16,3%	22%
VIEL	239	2.008	11,9%	22%
SAN VICENTE	229	1.552	14,8%	22%
<b>TOTAL</b>	<b>1.615</b>	<b>10.312</b>	<b>15,7%</b>	<b>22%</b>

Tabla 21: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.580	8.062	32,0%	40%
ORELLANA	1.381	4.133	33,4%	40%
VIEL	833	3.486	23,9%	40%
SAN VICENTE	672	2.466	27,3%	40%
<b>TOTAL</b>	<b>5.466</b>	<b>18.147</b>	<b>30,1%</b>	<b>40%</b>

Tabla 22: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	393	569	4,2%	5%
ORELLANA	94	119	7,4%	5%
VIEL	93	96	3,3%	5%
SAN VICENTE	88	102	4,8%	5%
<b>TOTAL</b>	<b>668</b>	<b>886</b>	<b>4,7%</b>	<b>5%</b>

Tabla 23: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	118	2.788	69,1%	75%
ORELLANA	73	993	79,0%	75%
VIEL	36	1.095	96,9%	75%
SAN VICENTE	40	835	86,3%	75%
<b>TOTAL</b>	<b>267</b>	<b>5.711</b>	<b>75,4%</b>	<b>75%</b>

Tabla 24: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.032	12.416	16,4%	22%
ORELLANA	569	3.760	15,1%	22%
VIEL	953	3.954	24,1%	22%
SAN VICENTE	446	3.186	14,0%	22%
<b>TOTAL</b>	<b>4.000</b>	<b>23.316</b>	<b>17,2%</b>	<b>22%</b>

Tabla 25: 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 SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	61	61	100,0%	95%
ORELLANA	21	21	100,0%	95%
VIEL	18	18	100,0%	95%
SAN VICENTE	8	8	100,0%	95%
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>108</b>	<b>100,0%</b>	<b>95%</b>

Tabla 26: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.007	5.131	39,1%	42%
ORELLANA	997	2.214	45,0%	42%
VIEL	749	2.011	37,3%	42%
SAN VICENTE	515	1.491	34,6%	42%
<b>TOTAL</b>	<b>4.268</b>	<b>10.846</b>	<b>39,4%</b>	<b>42%</b>

Tabla 27: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	5.817	10.075	57,7%	55%
ORELLANA	2.967	4.511	65,8%	55%
VIEL	1.969	4.030	48,9%	55%
SAN VICENTE	1.673	2.958	56,6%	55%
<b>TOTAL</b>	<b>12.426</b>	<b>21.575</b>	<b>57,6%</b>	<b>55%</b>

Tabla 28: 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 SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	8	14	57,1%	65%
ORELLANA	1	2	50,0%	65%
VIEL	1	1	100,0%	65%
SAN VICENTE	2	5	40,0%	65%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>54,6%</b>	<b>65%</b>

Tabla 29: Tasa de visita integral.

POLO	Nº de visitas integrales realizadas	Nº de familias (población Inscrita / 4)	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	2.305	12.127	0,19	0,25
ORELLANA	1.232	4.621	0,27	0,25
VIEL	718	4.421	0,16	0,25
SAN VICENTE	590	3.356	0,18	0,25
<b>TOTAL</b>	<b>4.845</b>	<b>24.525</b>	<b>0,20</b>	<b>0,25</b>

Tabla 30: Tasa de visita paciente postrado

POLO	Nº de visitas a pacientes postrados realizadas con fines de tratamiento	Nº total de postrados moderados y severos excluidos postrados de cuidados cáncer terminal	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	720	135	5,3%	10%
ORELLANA	442	99	4,5%	10%
VIEL	283	21	13,5%	10%
SAN VICENTE	322	14	23,0%	10%
<b>TOTAL</b>	<b>1.767</b>	<b>269</b>	<b>6,6%</b>	<b>10%</b>

Tabla 31: Actividad con Garantía Explícita de Salud GES.

POLO	Nº casos GES con garantía cumplida	Nº de casos GES	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	5.562	5.569	99,9%	100%
ORELLANA	829	849	97,6%	100%
VIEL	496	500	99,2%	100%
SAN VICENTE	528	529	99,8%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>7.415</b>	<b>7.447</b>	<b>99,6%</b>	<b>100%</b>

A nivel de red, a la fecha sólo se ha logrado cumplir con 3 de los 13 indicadores IAAPS (23%). Sin embargo, aún quedan tres meses para lograr los objetivos, excepto por los siguientes indicadores cuyo denominador varía de manera mensual.

- Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas
- Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo y retraso del DSM, recuperados
- Actividad con Garantía Explícita de Salud GES

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.

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

Tabla 32: Cobertura EDSM niños 12 a 23 meses.

POLO	Nº controles de EDSM niños 12 a 23 meses	Nº población infantil bajo control	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	371	646	57,4%	85%
ORELLANA	62	142	43,7%	85%
VIEL	82	98	83,7%	85%
SAN VICENTE	61	109	56,0%	85%
<b>TOTAL</b>	<b>576</b>	<b>995</b>	<b>57,9%</b>	<b>85%</b>

Tabla 33: Cobertura PAP.

POLO	Nº de mujeres 25 a 64 años inscritas con PAP vigente (informado) al 2011	Total Nº mujeres: 25 a 64 años inscritas	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	7.022	14.793	47,5%	72%
ORELLANA	2.739	5.350	51,2%	72%
VIEL	1.986	5.078	39,1%	72%
SAN VICENTE	1.650	3.884	42,5%	72%
<b>TOTAL</b>	<b>13.397</b>	<b>29.105</b>	<b>46,0%</b>	<b>72%</b>

Tabla 34: Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años.

POLO	N° total adolesc. 12 c/alta odontológica total	N° total adolesc. 12 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	283	506	55,9%	70%
ORELLANA	105	203	51,7%	70%
VIEL	173	194	89,2%	70%
SAN VICENTE	107	170	62,9%	70%
<b>TOTAL</b>	<b>668</b>	<b>1.073</b>	<b>62,3%</b>	<b>70%</b>

Tabla 35: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.

POLO	N° embarazadas con alta odontológica integral	N° total embarazadas ingresadas (enero a septiembre 2011)	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	323	569	56,8%	60%
ORELLANA	110	119	92,4%	60%
VIEL	70	96	72,9%	60%
SAN VICENTE	50	102	49,0%	60%
<b>TOTAL</b>	<b>553</b>	<b>886</b>	<b>62,4%</b>	<b>60%</b>

Tabla 36: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	358	626	57,2%	70%
ORELLANA	66	122	54,1%	70%
VIEL	125	125	100%	70%
SAN VICENTE	93	124	75,0%	70%
<b>TOTAL</b>	<b>642</b>	<b>997</b>	<b>64,4%</b>	<b>70%</b>

Tabla 37: Compensación de personas con DM bajo control grupo de 20 y mas años (Hba1c<7).

POLO	N° personas con diabetes de 20 y mas años bajo control compensados (HbA1c< 7)	N° total pacientes diabéticos de 20 y mas años bajo control	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	893	1.977	45,2%	40%
ORELLANA	288	985	29,2%	40%
VIEL	311	742	41,9%	40%
SAN VICENTE	198	501	39,5%	40%
<b>TOTAL</b>	<b>1.690</b>	<b>4.205</b>	<b>40,2%</b>	<b>40%</b>

Tabla 38: Compensación pacientes hipertensos bajo control grupo de 20 años y mas (PA<135/85 mm Hg).

POLO	Nº de pacientes con HTA de 20 y mas años bajo control compensados (PA < 135/85 mm Hg)	Nº total de pacientes con HTA de 20 y mas años bajo control	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	3.549	5.763	61,6%	60%
ORELLANA	1.900	2.896	65,6%	60%
VIEL	1.354	1.949	69,5%	60%
SAN VICENTE	1.086	1.635	66,4%	60%
<b>TOTAL</b>	<b>7.889</b>	<b>12.243</b>	<b>64,4%</b>	<b>60%</b>

Tabla 39: Mantener o disminuir el % promedio nacional de obesidad (de = 0 < a 9,4% en menores de 6 años bajo control).

POLO	Nº de niños menores de 6 años obesos a dic.10	Población total de niños < 6 años bajo control	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	212	3.245	6,5%	9,4%
ORELLANA	39	632	6,2%	9,4%
VIEL	37	594	6,2%	9,4%
SAN VICENTE	32	473	6,8%	9,4%
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>4.944</b>	<b>6,5%</b>	<b>9,4%</b>

Tabla 40: Consejos desarrollo funcionando regularmente (100%): 100%

A nivel de red, a la fecha se ha logrado cumplir con 4 de las 9 metas (44%). Sin embargo, aún quedan tres meses para lograr los objetivos propuestos.

#### 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, todos para cada aspecto del ciclo de vida y en relación con cada uno de los estamentos. La evaluación de éstos a septiembre de 2011 es la siguiente:

Tabla 41: Aplicar Protocolo Neurosensorial al Mes de Vida

POLO	Aplicación protocolo neurosensorial al 1er mes de vida	Nº niños de 28d a 2 meses que asisten a control en mes corriente	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	109	221	49,3%	100%
ORELLANA	15	47	31,9%	100%
VIEL	19	30	63,3%	100%
SAN VICENTE	19	42	45,2%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>340</b>	<b>47,6%</b>	<b>100%</b>

Tabla 42: Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses

POLO	Nº de niños con aplicación EDP a los 8 meses	Total de niños bc de 8 meses que asisten a control	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	20	38	52,6%	100%
ORELLANA	5	14	35,7%	100%
VIEL	5	15	33,3%	100%
SAN VICENTE	4	8	50,0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>75</b>	<b>45,3%</b>	<b>100%</b>

Tabla 43: Consejería breve de hábitos de vida saludable a padres de niños atendidos (controles y consultas) entre 0 y 10 años

POLO	Nº de consejerías breves sobre hábitos de vida saludable a padres de niños entre 0 y 10 años	Nº de niños atendidos (consultas y controles) entre 0 y 10 años	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	629	2.078	30,3%	70%
ORELLANA	209	458	45,6%	70%
VIEL	122	354	34,5%	70%
SAN VICENTE	227	379	59,9%	70%
<b>TOTAL</b>	<b>1.187</b>	<b>3.269</b>	<b>36,3%</b>	<b>70%</b>

Tabla 44: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	6	322	1,9%	10%
ORELLANA	5	58	8,6%	10%
VIEL	4	38	10,5%	10%
SAN VICENTE	1	74	1,4%	10%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>492</b>	<b>3,3%</b>	<b>10%</b>

Tabla 45: 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 SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	31	31	<b>100,0%</b>	100%
ORELLANA	8	1	<b>12,5%</b>	100%
VIEL	3	1	<b>33,3%</b>	100%
SAN VICENTE	3	1	<b>33,3%</b>	100%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>75,6%</b>	<b>100%</b>

Tabla 46: Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años

POLO	Nº de altas odontológicas	Total 60 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	56	451	12,4%	100%
ORELLANA	30	215	14,0%	100%
VIEL	22	209	10,5%	100%
SAN VICENTE	15	166	9,0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>1041</b>	<b>11,8%</b>	<b>100%</b>

Tabla 47: Realizar ingreso a control prenatal con pauta psicosocial EPSA

POLO	Gestantes con EPSA	Gestantes ingresadas	CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2011	META MENSUAL
DOMEYKO	122	227	53,7%	100%
ORELLANA	56	63	88,9%	100%
VIEL	46	66	69,7%	100%
SAN VICENTE	40	42	95,2%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>264</b>	<b>398</b>	<b>66,3%</b>	<b>100%</b>

Tabla 48: 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 SEPTIEMBRE 2011	META ANUAL
DOMEYKO	34	310	11,0%	6%
ORELLANA	8	258	3,1%	6%
VIEL	0	S/D	S/D	6%
SAN VICENTE	13	195	6,7%	6%
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>763</b>	<b>7,2%</b>	<b>6%</b>

Tabla 49: Realizar examen baciloscopia a la población

POLO	Nº de baciloscopías tomadas	Nº de consultas por medico	Nº baciloscopías / 1000 comsultas	META / 1000 consultas
DOMEYKO	104	9.934	1,0	60
ORELLANA	10	3.856	0,3	60
VIEL	2	3.169	0,1	60
SAN VICENTE	96	2.943	3,3	60
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>	<b>19.902</b>	<b>1,1</b>	<b>60</b>

A nivel de red, a la fecha sólo se ha logrado cumplir con 2 de los 9 indicadores del cuadro de mando integral aquí medidos (22%). La mayoría de estos indicadores son de cumplimiento mensual, sólo hay tres indicadores que aún se pueden lograr de aquí a fin de año:

- Realizar visita domiciliaria integral a familias con niños con exceso entre 1 a 6 años
- Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años
- Mantener espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA

---

## C. Diagnóstico Participativo

## ANTECEDENTES

En el contexto de la Reforma de Salud, a nivel de atención primaria, se destaca la implementación progresiva del Modelo de atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

Este enfoque sitúa a la familia como eje central de nuestro quehacer diario, considerándola como un sistema, el cual cumple funciones específicas que impactan en el desarrollo de las personas, su identidad y su bienestar, y también, como el primer contexto social de las personas, siendo la familia quién modela la relación que estas establecen con sus pares y la sociedad y que a su vez está condicionada por el efecto de determinantes sociales tales como equidad, género, pertinencia cultural, educación, situación socioeconómica, entre otros. Por tanto familia y comunidad, están relacionados estrechamente.

A su vez el gobierno de Chile y los Servicios de Salud, en este caso Central, también promueven la participación social en la gestión pública e institucional, el derecho a la información ciudadana y el fortalecimiento de la asociatividad, toda vez que se entiende que la participación social y el trabajo con el capital social causa impactos positivos para la salud, para el desarrollo de cultura cívica, democracia y desarrollo humano, bienestar y equidad; por ello la tendencia es a desarrollar actividades que promuevan las prácticas sociales inherentes al capital social, complementando el desarrollo de las políticas públicas y los programas sanitarios.

Las principales acciones en esta materia se relacionan con la formación y consolidación de Consejos de Desarrollo Local de Salud, instalación de OIRS en los centros de salud y la realización de diagnósticos participativos.

Este cambio en la forma de diseñar o decidir la forma de trabajar con nuestra comunidad, “implica entender que la propia definición de los problemas, así como las alternativas de solución reflejadas, no son suficientes ni adecuadas, si no consideran la opinión de quienes se ven directamente afectados”. Además implica incorporar nuevas herramientas de trabajo, nuevas habilidades y conocimientos, modificación de funciones, roles y tareas, cambios en formas de gestión interna, entre otros.

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

Su elaboración adquiere central relevancia para el quehacer de los equipos de salud, ya que disponer de la información de las necesidades y problemas de salud de las personas y familias, permite entender, en forma integral, lo que acontece a la población, facilitando la posterior programación de las actividades de manera de asegurar la pertinencia y oportunidad de ellas. Es por esto que, adquieren relevancia, no sólo en una fase inicial de identificación de la situación de salud, sino como insumo fundamental para la elaboración de los Planes de Salud.

Desde el año 2007 se han realizado varias experiencias de diagnóstico participativo, convocándose principalmente a los dirigentes sociales y vecinos de la comuna. Los últimos fueron realizados recientemente en septiembre y octubre de este año, siendo la evaluación de la comunidad la siguiente:

## DIAGNÓSTICO

### 1. Familia y promoción

- Se requiere mejorar el trato a los usuarios
- Escases de trípticos para la difusión de los centros de atención y las prestaciones que se otorgan con horarios y profesionales que trabajan en los establecimientos
- Insuficiente Información sobre GES, enfermedades crónicas, etc.
- Falta de charlas educativas en salas de espera, Centros del Adulto Mayor y otros grupos de la comunidad
- Escases de áreas verdes, contaminación

### 2. Ciclo vital del Niño

- Necesidad de Vacunatorio y entrega de leche en algunos de los centros
- Falta de apoyo a las madres trabajadoras: Insuficiente jardines y salas cuna

### 3. Ciclo vital del Adolescente

- Falta abordar al pre adolescente junto a sus padres o tutores por medio de charlas
- Baja promoción en los colegios para capacitar y educar en distintos temas de salud
- Poca prevención del riesgo del embarazo adolescente y riesgos de ITS
- Se requiere mayor colaboración con redes de apoyo a adolescentes en problemática
- Falta abordar de mejor manera el problema de alcoholismo en los adolescentes

### 4. Mujer

- Se necesita mayor difusión de Programas y Talleres
- Falta incentivar exámenes de mamografías y PAP
- Faltan programas de prevención para el maltrato físico y psicológico de la mujer
- Se requieren más horas para oftalmología y entrega de lentes
- Es necesario disponer de horas más expeditas para toma de muestras

### 5. Ciclo vital del Adulto

- Se requiere mayor Información de los derechos y deberes de los usuarios de la atención primaria
- Falta aumentar los cupos en atención dental
- Falta más acceso a atención de salud para las personas que trabajan

## **6. Ciclo vital del Adulto Mayor**

- Es necesario de un sistema de derivación a especialidades más expedito
- Falta recordar telefónicamente al adulto mayor cuando tenga un hora en el Centro, para prevenir olvidos
- Falta dar aviso oportuno cuando el profesional no puede atender
- Inoportunidad para obtener una hora, escasas de horas médicas
- Déficit en la rotulación de medicamentos entregados en bolsas

## **7. Infraestructura**

- Se requiere mejorar espacios físicos de los centros (accesos, salas de espera)
- Falta mejorar los baños públicos, instalar mudadores

## **ANÁLISIS**

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

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

### **2. Énfasis en la Promoción y prevención de la Salud**

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

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

### **3. Mejorar el trato a los usuarios**

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

#### 4. Mejoras atención en Estaciones Médicas de Barrio

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

#### DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS PARTICIPATIVO POR POLO DE ATENCIÓN

A continuación se presenta una tabla comparativa del diagnóstico realizado en los distintos polos:

	Polo			
	Domeyko	Viel	Orellana	San Vicente
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para traslado a servicios de urgencia</li> <li>• Falta mayor número de consultas médicas para niños y adultos mayores.</li> <li>• Falta un mayor apoyo a pacientes postrados</li> <li>• Se requiere retorno Programa Salud a Domicilio</li> <li>• Falta más atención Salud Mental para adultos mayores</li> <li>• Faltan horas de profesionales en EMBs</li> <li>• Infraestructura inadecuada para desarrollo de actividades de prevención y promoción</li> <li>• Insuficientes Jardines Infantiles y Salas Cunas</li> <li>• Presencia de basura y contaminación acústica</li> <li>• Falta de lugares de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta mejorar el trato y acogida a los usuarios</li> <li>• Insuficiente Información centros de atención, prestaciones que otorgan, horarios y profesionales que atienden, talleres, Ges, enfermedades crónicas, derechos y deberes de los usuarios, etc.</li> <li>• Falta de charlas educativas en las salas de espera y directamente en Centros del adulto mayor y diversos grupos de la comunidad</li> <li>• Necesidad de Vacunatorio y Bodega de leche en estaciones médicas.</li> <li>• Falta apoyo a las madres trabajadoras: Insuficiente jardines y salas cuna.</li> <li>• Falta abordar al pre adolescente junto a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escasas de horas médicas</li> <li>• Falta más acceso a atención dental</li> <li>• Falta mejorar espacios físicos del consultorio (accesos, salas de espera)</li> <li>• Deficiencias en baños públicos y del personal, faltan mudadores.</li> <li>• Falta mejorar la atención y trato al usuario</li> <li>• Falta rotulación de medicamentos (entregados en bolsas)</li> <li>• Basura de las calles, perros callejeros, poca iluminación.</li> <li>• Problema de embarazo adolescente</li> <li>• Poco acceso a atención de salud para personas que trabajan</li> <li>• Escasas de áreas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de horas de reemplazo de médicos y enfermeras</li> <li>• Falta de horas médicas</li> <li>• Falta apoyo a los enfermos postrados a domicilio</li> <li>• Falta información, se desconocen los servicios que se entregan en los centros de salud</li> </ul>

Recreación y  
esparcimiento

padres o tutores  
para hacer charlas  
familiares con  
personal de salud.

verdes, presencia de  
contaminación  
ambiental.

- Poca cercanía con los colegios
- Poca coordinación con redes de apoyo
- Poco incentivo de exámenes de mamografías y Pap
- Poca prevención al maltrato físico y psicológico de la mujer
- Pocas horas para oftalmología y entrega de lentes
- Falta de horas más expeditas para toma de muestras
- Pocos cupos para atención dental (evitar filas)
- Horario reducido para entrega de medicamentos en Estaciones Médicas
- Sistema de derivación al hospital, poco expedito
- No se recuerda al adulto mayor cuando tiene una hora en el Centro (prevenir olvidos)
- No se da aviso oportuno cuando el profesional no puede atender
- Demora en obtener una hora oportunamente

Acciones elaborar	por	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propender a alcanzar el 25% de dación de horas para los grupos prioritarios, por medio de la Línea 800</li> <li>• Estrechar coordinación con Organizaciones Comunitarias a través de Programa de trabajo elaborado con el Consejo de Desarrollo Local</li> <li>• Resguardar que pacientes Postrados accedan en forma expedita y oportuna a los beneficios que les corresponde.</li> <li>• Incrementar el número de talleres de Depresión, Duelo y Policonsulta.</li> <li>• Asegurar la continuidad de proyectos actualmente en desarrollo, por medio de fondos concursables.</li> <li>• Implementar proyectos nuevos para el transporte de adultos mayores a centros de Encuentro, entre otros.</li> <li>• Fortalecer coordinación Intersectorial para avanzar en la solución de problemas de basura, drogas, alcohol, delincuencia y contaminación acústica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad explícita de información de salud a través de talleres para la comunidad</li> <li>• Énfasis en la Promoción y prevención de la Salud</li> <li>• Mejorar el trato a los usuarios</li> <li>• Por último es importante señalar la necesidad del vacunatorio Infantil y la bodega de leche para los niños/as.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar de mejor manera el acceso a horas médicas</li> <li>• Fortalecer atención dedicada al adulto mayor</li> <li>• Mejorar oficina OIRS (espacio físico, acceso)</li> <li>• Mejorar atención al usuario</li> <li>• Continuar trabajando en conjunto comunidad, sector salud y redes comunitarias.</li> <li>• Fortalecer el trabajo comunitario y el Consejo de Desarrollo Local como Agrupación representativa de la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar de mejor manera el acceso a horas médicas</li> <li>• Mayor difusión y generación de Actividades de Promoción, Participación y Prevención.</li> <li>• Educación de diversas temáticas.</li> </ul>
-------------------	-----	--	---	---	---

Todo este análisis se complementa en el siguiente punto con los hallazgos emanados de la Encuesta de Satisfacción usuaria 2011.

---

## d. Encuesta de Satisfacción Usuaría

## RESUMEN EJECUTIVO

En nuestro país, la calidad en los servicios en el área salud está cobrando creciente importancia. Esto se ha relacionado con aspectos de la competencia técnica de los prestadores, y en forma reciente con la percepción de los usuarios al momento de su evaluación. Esto ha sido propuesto por el Ministerio de Salud en los objetivos sanitarios 2001-2010 y en la reforma de salud impulsada desde el año 2002.

El objetivo principal de este proyecto fue la realización de una encuesta de satisfacción usuaria que diera cuenta del nivel de satisfacción y expectativas de los usuarios con los servicios recibidos en la red de atención primaria de la Municipalidad de Santiago.

Esta encuesta se realizó con personal contratado por la Dirección de Salud y capacitado por profesionales con experiencia en la aplicación de encuestas, usando los materiales de capacitación de la MNSU 2009 y fue aplicada inmediatamente después de cada atención, en todos los establecimientos de salud de la red APS, incluyendo tanto centros de salud como estaciones médicas de barrio. Cada participante firmó el respectivo consentimiento informado. Finalmente la digitalización fue realizada por personal del Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información de la Dirección de Salud. La encuesta fue llevada a cabo entre el 3 de mayo y el 2 de junio de 2011.

El presente informe presenta los primeros resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría (ESU) 2011 en la Red de Atención Primaria de Salud (APS) de la Ilustre Municipalidad de Santiago. La ESU 2011 cuenta con una muestra representativa a nivel de polos de atención y red municipal, lo que se espera constituya un elemento valioso para el desafío del mejoramiento continuo de la calidad en los equipos locales. Además, la ESU 2011 constituye un elemento valioso para la gestión municipal y se espera contribuya a la planificación estratégica desarrollada por los tomadores de decisiones a nivel central.

A modo comparativo

## RESULTADOS

### Descripción de la muestra

Tabla 50: Composición de la muestra según grupo de edad y sexo, según establecimiento y polo.

CENTRO DE SALUD	0 a 14			15 a 19			20 a 64			65 y más			Total		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
CESFAM Domeyko	40	38	78	6	9	15	39	92	131	19	39	58	104	178	282
EMB Balmaceda	4	6	10	0	0	0	7	15	22	5	5	10	16	26	42
EMB Nicola D'Onofrio	4	1	5	0	1	1	3	17	20	3	5	8	10	24	34
EMB Concha Y Toro	2	2	4	1	1	2	3	9	12	3	4	7	9	16	25
EMB Brasil	5	4	9	0	1	1	5	12	17	2	6	8	12	23	35
EMB Parque Forestal	1	0	1	0	0	0	3	11	14	2	9	11	6	20	26
<b>POLO DOMEYKO</b>	<b>56</b>	<b>51</b>	<b>107</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>60</b>	<b>156</b>	<b>216</b>	<b>34</b>	<b>68</b>	<b>102</b>	<b>157</b>	<b>287</b>	<b>444</b>
<b>% POLO</b>	<b>13%</b>	<b>11%</b>	<b>24%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>14%</b>	<b>35%</b>	<b>49%</b>	<b>8%</b>	<b>15%</b>	<b>23%</b>	<b>35%</b>	<b>65%</b>	<b>100%</b>
CES Padre Orellana	19	22	41	4	7	11	32	68	100	18	29	47	73	126	199
EMB Davila Larrain	8	4	12	0	1	1	10	26	36	10	13	23	28	44	72
EMB Gacitua	4	2	6	2	2	4	8	24	32	7	16	23	21	44	65
EMB Coquimbo	1	2	3	0	3	3	8	22	30	9	13	22	18	40	58
EMB San Borja	3	0	3	0	0	0	3	16	19	5	13	18	11	29	40
<b>POLO ORELLANA</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>65</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>61</b>	<b>156</b>	<b>217</b>	<b>49</b>	<b>84</b>	<b>133</b>	<b>151</b>	<b>283</b>	<b>434</b>
<b>% POLO</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>14%</b>	<b>36%</b>	<b>50%</b>	<b>11%</b>	<b>19%</b>	<b>31%</b>	<b>35%</b>	<b>65%</b>	<b>100%</b>
CES Benjamín Viel	21	17	38	2	4	6	29	64	93	9	29	38	61	114	175
EMB Carol Urzúa	3	5	8	0	1	1	7	23	30	10	22	32	20	51	71
EMB Sargento Aldea	10	4	14	4	6	10	20	38	58	10	20	30	44	68	112
EMB San Emilio	1	2	3	1	0	1	4	24	28	7	28	35	13	54	67
<b>POLO VIEL</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>60</b>	<b>149</b>	<b>209</b>	<b>36</b>	<b>99</b>	<b>135</b>	<b>138</b>	<b>287</b>	<b>425</b>
<b>% POLO</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>15%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>14%</b>	<b>35%</b>	<b>49%</b>	<b>8%</b>	<b>23%</b>	<b>32%</b>	<b>32%</b>	<b>68%</b>	<b>100%</b>
CES San Vicente	21	19	40	2	8	10	30	103	133	25	60	85	78	190	268
EMB Arauco	10	2	12	1	2	3	10	31	41	5	13	18	26	48	74
EMB Pedro Montt	4	6	10	1	3	4	11	36	47	9	15	24	25	60	85
<b>POLO SAN VICENTE</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	<b>62</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>51</b>	<b>170</b>	<b>221</b>	<b>39</b>	<b>88</b>	<b>127</b>	<b>129</b>	<b>298</b>	<b>427</b>
<b>% POLO</b>	<b>8%</b>	<b>6%</b>	<b>15%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>	<b>40%</b>	<b>52%</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	<b>70%</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>161</b>	<b>136</b>	<b>297</b>	<b>24</b>	<b>49</b>	<b>73</b>	<b>232</b>	<b>631</b>	<b>863</b>	<b>158</b>	<b>339</b>	<b>497</b>	<b>575</b>	<b>1155</b>	<b>1730</b>
<b>% TOTAL</b>	<b>9%</b>	<b>8%</b>	<b>17%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>4%</b>	<b>13%</b>	<b>36%</b>	<b>50%</b>	<b>9%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>	<b>33%</b>	<b>67%</b>	<b>100%</b>

La muestra está compuesta en su mayoría por personas adultas entre 20 y 64 años de edad y por adultos mayores, donde además dos tercios del total corresponden a personas de sexo femenino, guardando así relación con la composición de las personas que regularmente se atienden en los distintos centros.

La siguiente fue la composición de las personas entrevistadas en cada polo de acuerdo a su nacionalidad:

**Tabla 51: Composición de la muestra según nacionalidad y polo de atención**

POLO	Chilena	Peruana	Ecuatoriana	Boliviana	Otra	Total
DOMEYKO	385	50	3	1	5	444
%	87%	11%	1%	0%	1%	100%
ORELLANA	411	19	0	0	4	434
%	95%	4%	0%	0%	1%	100%
SAN VICENTE	420	5	0	1	1	427
%	98%	1%	0%	0%	0%	100%
VIEL	406	14	2	1	2	425
%	96%	3%	0%	0%	0%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1622</b>	<b>88</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>1730</b>
<b>%</b>	<b>94%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Un 6% de la muestra corresponde a extranjeros. Éstos en su mayoría se encuentran en el Polo Domeyko (13% de los entrevistados).

Las tablas Tabla 52 y Tabla 53 muestran la distribución de los motivos por los que habían acudido a los establecimientos las personas entrevistadas.

Tabla 52: Composición de la muestra según motivo por el que asistió al centro, según establecimiento y polo de atención.

CENTRO DE SALUD	F1. ¿A qué vino hoy al Centro de Salud (consultorio)?										Total
	Consulta Médico	Control Médico	Atención Enfermera	Atención Psicólogo	Atención Matrona	Atención Kinesiólogo	Atención Asistente Social	Atención Nutricionista	Atención Dentista	Otro	
CESFAM Domeyko	32	17	18	7	14	26	1	5	17	18	155
EMB Balmaceda	13	3	9	1	4	0	0	1	0	5	36
EMB Nicola D'Onofrio	10	2	3	0	4	0	0	1	0	1	21
EMB Concha Y Toro	3	5	4	3	0	0	0	1	0	0	16
EMB Brasil	8	6	2	3	2	0	0	0	0	1	22
EMB Parque Forestal	0	0	6	1	5	0	1	0	0	0	13
<b>POLO DOMEYKO</b>	<b>66</b>	<b>33</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>263</b>
<b>% POLO</b>	<b>25%</b>	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>
CES Padre Orellana	36	12	8	9	9	6	0	2	22	11	115
EMB Davila Larrain	4	2	11	3	4	0	2	8	0	0	34
EMB Gacitua	11	4	7	2	5	1	0	1	0	1	32
EMB Coquimbo	11	4	3	2	6	0	1	2	0	0	29
EMB San Borja	4	6	6	1	0	0	2	0	0	1	20
<b>POLO ORELLANA</b>	<b>66</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>230</b>
<b>% POLO</b>	<b>29%</b>	<b>12%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>	<b>10%</b>	<b>6%</b>	<b>100%</b>
CES Benjamín Viel	16	13	16	3	21	14	2	15	1	3	104
EMB Carol Urzúa	10	15	6	2	5	3	1	0	0	4	46
EMB Sargento Aldea	13	18	11	11	7	0	2	7	0	12	81
EMB San Emilio	8	2	8	0	5	0	0	3	0	3	29
<b>POLO VIEL</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>260</b>
<b>% POLO</b>	<b>18%</b>	<b>18%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>
CES San Vicente	33	50	32	10	12	0	3	2	5	4	151
EMB Arauco	21	4	5	2	8	0	1	0	0	3	44
EMB Pedro Montt	8	3	10	6	5	7	2	3	0	4	48
<b>POLO SAN VICENTE</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>243</b>
<b>% POLO</b>	<b>26%</b>	<b>23%</b>	<b>19%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>241</b>	<b>166</b>	<b>165</b>	<b>66</b>	<b>116</b>	<b>57</b>	<b>18</b>	<b>59</b>	<b>45</b>	<b>71</b>	<b>1004</b>
<b>% TOTAL</b>	<b>24%</b>	<b>17%</b>	<b>16%</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>

Casi un cuarto de las personas que asistieron a los centros venía por una consulta médica. Al considerar además los controles, la atención médica corresponde a alrededor del 40% de los motivos de atención. Le siguen en importancia las atenciones de la enfermera y de la matrona.

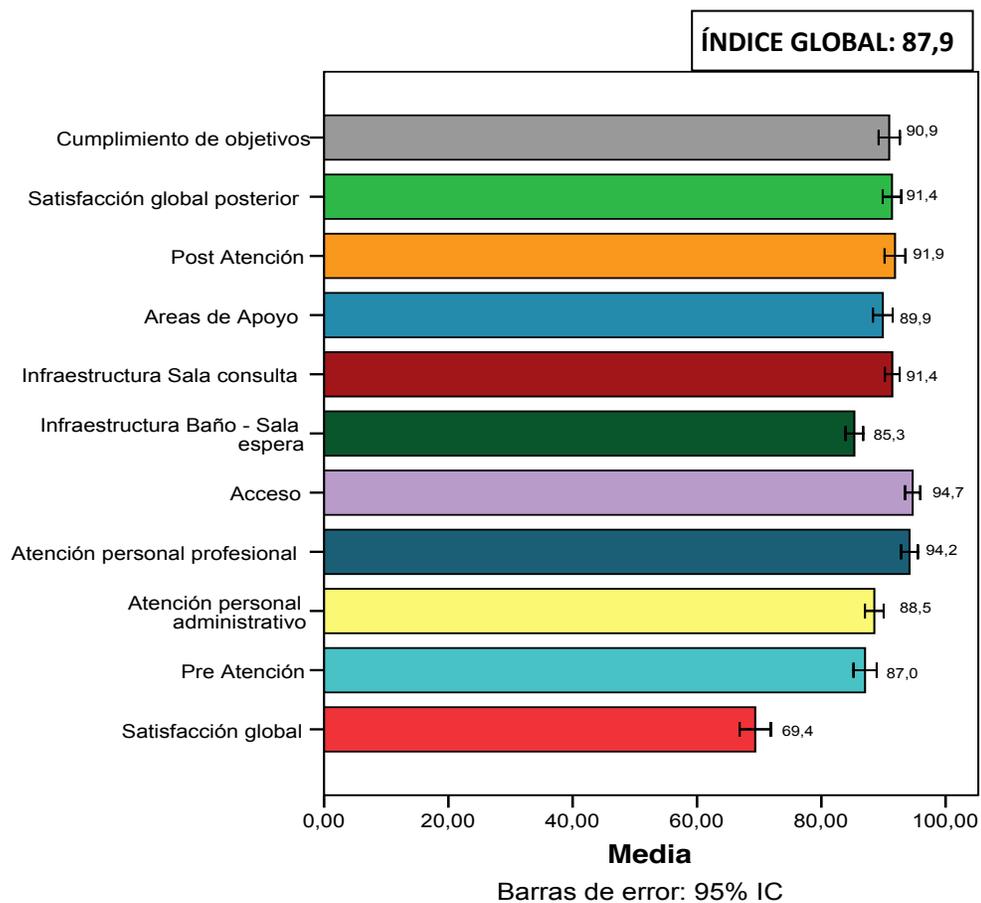
Tabla 53: Composición de la muestra según unidades a las que asistió al centro, según establecimiento y polo de atención.

CENTRO DE SALUD	F.2A ¿A cuáles de las siguientes Unidades asistió usted hoy día?									
	SOME	Coordinación	Farmacia	Toma de muestra	Vacunatorio	Tratamiento	Entrega de leche	OIRS	Otra	Total
CESFAM Domeyko	90	0	55	19	23	13	52	2	11	265
EMB Balmaceda	28	1	11	2	1	2	1	0	1	47
EMB Nicola D'Onofrio	20	0	10	1	1	0	2	0	1	35
EMB Concha Y Toro	16	0	7	0	0	1	1	0	0	25
EMB Brasil	16	0	9	3	0	1	1	0	0	30
EMB Parque Forestal	12	0	8	4	0	2	5	1	2	34
<b>POLO DOMEYKO</b>	<b>182</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>436</b>
<b>% POLO</b>	<b>42%</b>	<b>0%</b>	<b>23%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>14%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>
CES Padre Orellana	72	0	58	19	11	9	21	0	4	194
EMB Davila Larrain	35	0	15	4	1	3	3	0	2	63
EMB Gacitua	27	1	18	5	1	6	4	0	3	65
EMB Coquimbo	24	0	15	2	0	6	4	0	3	54
EMB San Borja	23	0	18	3	0	0	0	0	1	45
<b>POLO ORELLANA</b>	<b>181</b>	<b>1</b>	<b>124</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>421</b>
<b>% POLO</b>	<b>43%</b>	<b>0%</b>	<b>29%</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>
CES Benjamín Viel	118	2	39	14	11	10	8	0	11	213
EMB Carol Urzúa	54	1	22	2	4	4	3	1	0	91
EMB Sargento Aldea	67	2	33	10	4	10	5	0	5	136
EMB San Emilio	29	0	31	5	4	5	10	2	8	94
<b>POLO VIEL</b>	<b>268</b>	<b>5</b>	<b>125</b>	<b>31</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>534</b>
<b>% POLO</b>	<b>50%</b>	<b>1%</b>	<b>23%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>
CES San Vicente	186	13	100	27	20	12	7	1	7	373
EMB Arauco	61	0	34	5	8	9	2	0	0	119
EMB Pedro Montt	71	2	30	4	2	7	6	0	1	123
<b>POLO SAN VICENTE</b>	<b>318</b>	<b>15</b>	<b>164</b>	<b>36</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>615</b>
<b>% POLO</b>	<b>52%</b>	<b>2%</b>	<b>27%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>949</b>	<b>22</b>	<b>513</b>	<b>129</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>135</b>	<b>7</b>	<b>60</b>	<b>2006</b>
<b>% TOTAL</b>	<b>47%</b>	<b>1%</b>	<b>26%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>	<b>100%</b>

Alrededor del 50% de las personas entrevistadas asistió al SOME y cerca de un 25 % asistió a la farmacia. En el caso de las Estaciones Médicas de Barrio, si bien la entrega de alimentos y farmacia es realizada por las mismas personas del SOME, lo que se contabilizó fue el motivo por el que asistieron los pacientes.

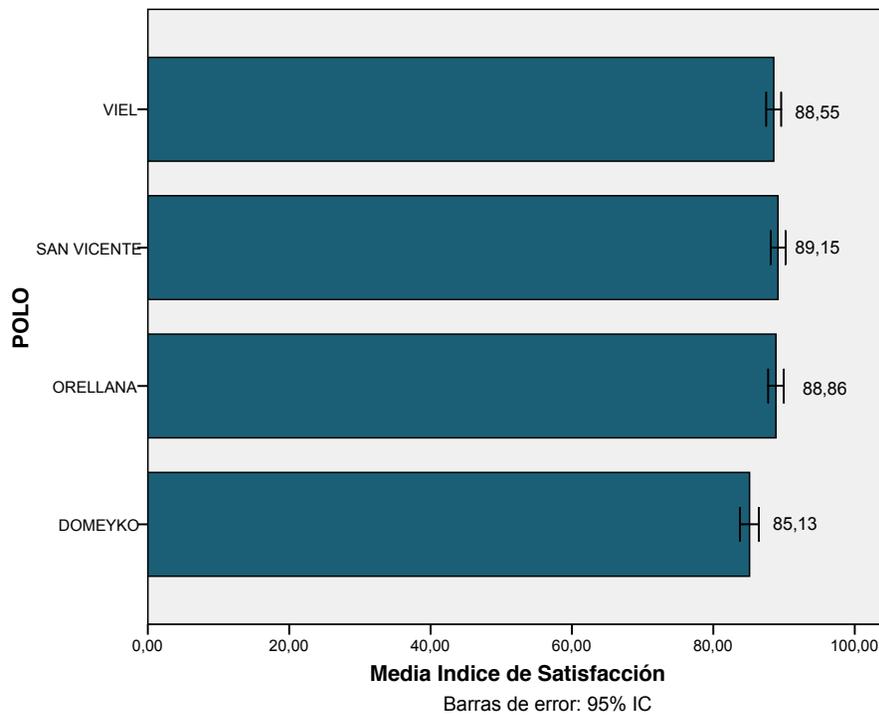
## 1. Índice de Satisfacción de Usuarios

### 1.1. Índice de satisfacción según dimensión



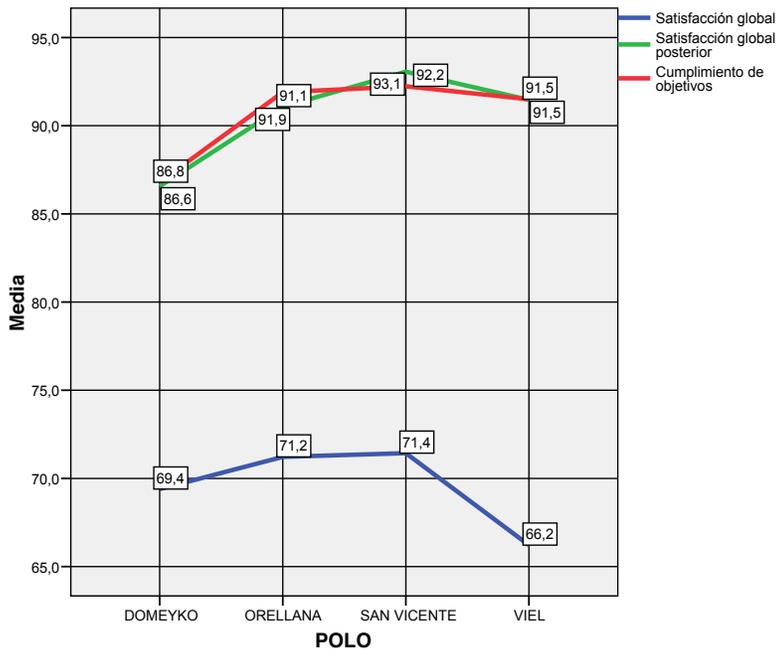
El índice de Satisfacción Global para toda la Red de Salud de Santiago es de 87,9, donde el máximo es de 100, lo que revela que el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la atención recibida en los centros de salud es positiva y con escasas críticas. Lo menores niveles de satisfacción se observan en la dimensión Satisfacción global, siendo el promedio de 69,4 y que tiene relación con toda la experiencia del usuario con el sistema público de salud; por otro lado la dimensión con mayor satisfacción es Acceso, con un promedio de 94,7, y que tiene relación con la ubicación física de los centros de salud.

## 1.2. Índices de satisfacción según polo de atención



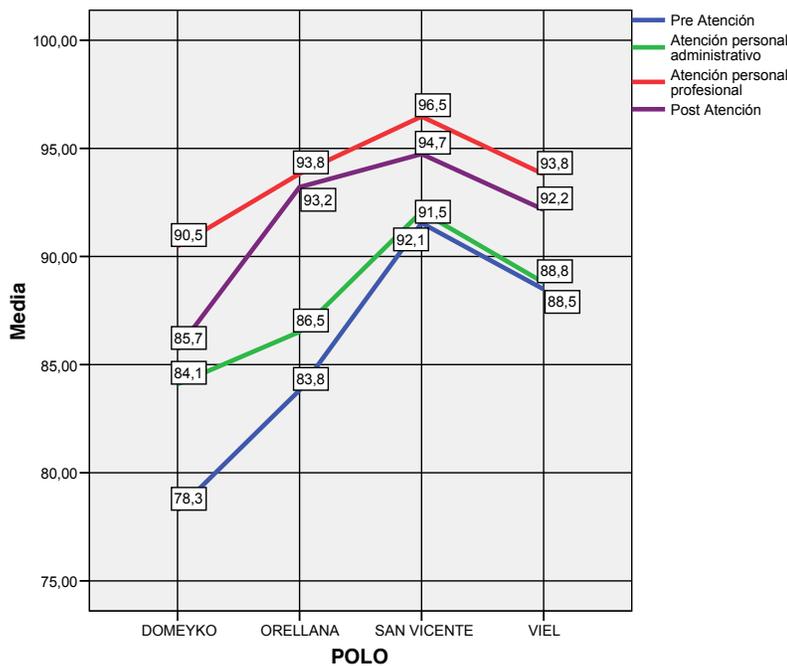
Al observar el índice de Satisfacción por polo de atención, no se aprecian diferencias significativas entre los Polos Viel, San Vicente y Padre Orellana, siendo el polo San Vicente el que presenta la mejor evaluación. Por otra parte, si bien el polo Domeyko presenta una calificación positiva, difiere significativamente de los otros polos.

### 1.3. Índices parciales según polo de atención



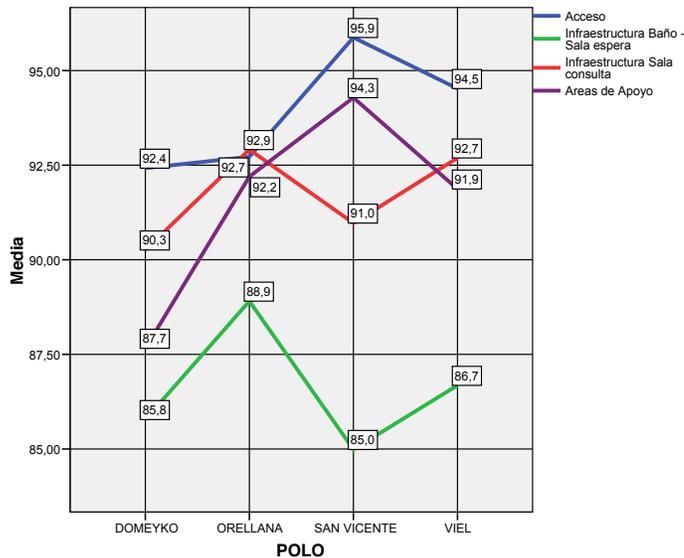
En cuanto a la Satisfacción global posterior a recibida la atención y al cumplimiento de los objetivos por los que los usuarios asistieron a los centros, los polos Orellana, San Vicente y Viel reciben una calificación con una satisfacción que supera al 90%. La calificación más baja, aunque satisfactoria corresponde al polo Domeyko.

En cuanto a la Satisfacción global, todos los polos tienen una calificación moderadamente positiva, siendo el polo Viel el que presenta los niveles más bajos.



En cuanto a la evaluación de la atención por parte del personal, en todas las dimensiones el polo mejor evaluado fue San Vicente, en tanto el que obtuvo las calificaciones más bajas en todas las dimensiones fue el polo Domeyko.

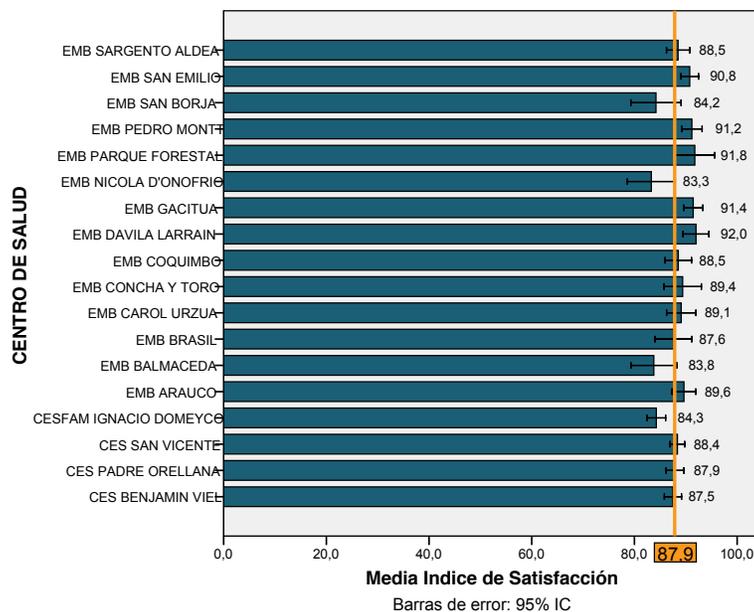
El aspecto mejor evaluado fue la atención por parte del personal clínico y con la atención posterior de parte de los mismos profesionales. La pre atención que tiene que ver con la forma de conseguir las horas y los tiempos de espera, y la atención de administrativos fueron las que obtuvieron las calificaciones más bajas, aunque a todas satisfactorias, a excepción de Domeyko en pre atención.



En aspectos referentes a acceso, infraestructura y salas de apoyo, el aspecto que más destaca es la facilidad del acceso, en tanto la menor satisfacción se encuentra en el estado de baños y salas de espera, encontrándose la calificación más baja en el polo San Vicente.

En todas las dimensiones el polo con la menor evaluación corresponde a Domeyko.

#### 1.4. Índices de satisfacción por establecimiento



Los cuatro establecimientos con el mejor índice de Satisfacción corresponden a las Estaciones médicas Dávila Larraín (Polo Orellana), Parque Forestal (Polo Domeyko), Gacitúa (Polo Orellana) y Pedro Montt (Polo San Vicente).

Los cuatro establecimientos con los más bajos índices de Satisfacción son las Estaciones médicas Nicola D'Onofrio (Polo Domeyko), Balmaceda (Polo Domeyko), San Borja (Polo Orellana) y el CESFAM Ignacio Domeyko (Polo Domeyko).

## 1.5. Índices parciales por establecimiento

Tabla 54: Índices parciales de Satisfacción por centro de Salud.

CENTRO DE SALUD	Satisfacción global sistema público de salud	Pre Atención	Atención personal administrativo	Atención personal clínico	Acceso	Infraestructura Baño - Sala espera	Infraestructura Sala consulta	Áreas de Apoyo	Post Atención	Satisfacción global posterior	Cumplimiento de objetivos
CESFAM Domeyko	68,4	79,6	73,4	90,3	92,0	88,0	91,6	83,9	86,7	84,7	86,3
EMB Balmaceda	68,3	81,0	83,8	90,7	92,2	82,2	88,3	83,7	88,6	86,6	83,7
EMB Nicola D'Onofrio	65,2	72,9	81,2	93,2	94,5	77,4	87,7	87,3	86,3	86,8	83,8
EMB Concha Y Toro	73,3	85,3	88,3	98,0	96,2	79,8	92,1	86,7	96,3	94,4	95,3
EMB Brasil	70,5	84,2	96,0	92,7	97,5	83,2	89,8	98,6	90,1	89,5	88,6
EMB Parque Forestal	78,2	97,9	89,2	99,3	93,8	86,8	95,1	98,2	97,1	96,0	92,3
CES Padre Orellana	70,5	80,8	83,3	95,3	93,1	88,1	92,3	89,9	94,2	90,7	91,5
EMB Davila Larrain	78,2	89,0	92,2	95,0	95,3	93,4	96,5	94,9	93,7	93,7	93,5
EMB Gacitua	71,5	87,2	92,3	98,0	95,3	93,3	96,6	96,0	97,4	92,8	95,8
EMB Coquimbo	68,4	85,9	84,8	95,1	93,5	89,1	94,7	90,1	94,8	90,8	92,2
EMB San Borja	66,2	88,7	84,0	93,9	86,2	87,8	89,8	86,9	94,4	85,0	84,2
CES Benjamín Viel	67,8	91,1	88,9	95,6	92,6	81,4	91,8	92,6	93,2	89,5	90,3
EMB Carol Urzúa	69,5	83,6	87,7	92,8	96,9	93,4	95,1	90,6	89,3	92,7	91,1
EMB Sargento Aldea	65,9	89,8	88,3	95,2	96,6	90,3	92,4	90,3	93,2	90,1	90,2
EMB San Emilio	59,1	94,9	92,6	97,3	97,6	90,0	95,5	96,1	98,8	98,0	97,3
CES San Vicente	69,4	91,1	90,8	95,6	92,7	83,1	90,3	94,5	94,3	93,4	92,1
EMB Arauco	76,1	89,1	88,6	92,5	95,9	87,4	88,5	92,1	94,5	91,9	91,2
EMB Pedro Montt	73,5	93,3	91,4	95,6	97,6	85,6	92,8	93,7	94,2	93,1	93,9

Al comparar los niveles de satisfacción en cada uno de los centros se obtiene que El CESFAM Domeyko es el que presenta los más bajos niveles de satisfacción en cuanto a Atención del personal administrativo, Atención del personal clínico y Satisfacción Global posterior. La Estación Balmaceda presenta las calificaciones más bajas en cuanto a Áreas de apoyo y Cumplimiento de los objetivos. La Estación médica Nicola D'Onofrio presenta las calificaciones más bajas en cuanto a Pre-atención, Infraestructura de baños y sala de espera, Infraestructura de Sala de Consulta y Post Atención. La Estación médica San Borja rpresenta las más bajas calificaciones en cuanto a Acceso y la Estación Médica San Emilio posee la más baja calificación en cuanto a Satisfacción Global.

En sentido contrario, los centros mejor evaluados corresponde a la Estación médica Brasil (Atención de personal administrativo y áreas de apoyo), Estación médica Parque Forestal (Pre atención y atención del personal clínico), Estación Médica Dávila Larrain (Satisfacción global e infraestructura de baños y sala de espera), Estación Médica Gacitúa (Infraestructura de sala de consulta y post atención), Estación médica Carol Urzúa (Infraestructura de Baños y salas de espera), Estación médica San Emilio (Acceso, Satisfacción global posterior y cumplimiento de objetivos) y Finalmente, la Estación médica Pedro Montt en cuanto a acceso.

Tabla 55: Índice de Satisfacción por sexo y grupos de edad

Dimensión	Sexo		Edad				Total
	Masculino	Femenino	0 a 14	15 a 19	20 a 64	65 y más	
Satisfacción global sistema público	69,1	69,8	69,1	71,6	66,8	74,2	69,5
Pre Atención	85,6	87,1	84,8	86,6	86,1	89,1	86,6
Atención personal administrativo	87,7	87,1	85,9	84,6	86,5	90,4	87,3
Atención personal profesional	93,5	94,7	91,9	92,1	94,2	96,3	94,3
Acceso	93,5	94,1	90,5	92,7	94,1	95,7	93,9
Infraestructura Baño - Sala espera	86,5	86,9	83,3	83,1	85,8	91,0	86,8
Infraestructura Sala consulta	91,5	92,2	90,2	92,0	91,6	94,3	92,0
Áreas de Apoyo	90,9	90,6	89,2	88,8	89,7	93,4	90,7
Post Atención	91,5	93,2	91,3	91,4	92,5	94,2	92,6
Satisfacción global posterior	89,2	91,2	88,6	87,0	89,5	94,0	90,5
Cumplimiento de objetivos	89,5	91,2	89,0	90,0	89,4	93,7	90,6
Índice de Satisfacción	87,4	88,2	86,0	86,5	86,9	90,9	87,9

De acuerdo a la Tabla 55, existe una tendencia a que los hombres expresen un menor nivel de satisfacción que las mujeres. La calificación más baja en cuanto a sexo fue dada por los hombres en la dimensión de Satisfacción global, en tanto la calificación más alta fue otorgada por las mujeres en la dimensión de Atención del personal profesional.

En cuanto a la edad, son los adultos mayores quienes expresan un mayor nivel de satisfacción, al contrario de los acompañantes de niños, quienes tienen los menores niveles de satisfacción. En este ámbito nuevamente la calificación más baja fue otorgada a la Satisfacción global por parte de adultos entre 20 y 64 años de edad, en tanto la calificación más alta fue otorgada por los adultos mayores a la Atención del personal Profesional.

Tabla 56: Índice de Satisfacción según tipo de previsión

Dimensión	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	OTROS
Satisfacción global sistema público	70,7	69,8	66,7	68,0	69,6
Pre Atención	85,9	87,7	87,6	83,9	86,7
Atención personal administrativo	87,3	88,6	87,3	84,0	85,8
Atención personal profesional	94,6	94,0	95,5	93,0	92,8
Acceso	93,2	94,5	94,2	94,4	93,4
Infraestructura Baño - Sala espera	86,4	88,1	87,1	84,6	81,4
Infraestructura Sala consulta	92,7	92,7	91,3	89,8	84,4
Áreas de Apoyo	90,4	91,8	92,0	87,6	86,1
Post Atención	92,3	93,6	92,6	90,3	93,3
Satisfacción global posterior	90,3	91,6	91,3	88,8	85,4
Cumplimiento de objetivos	90,0	91,8	92,0	89,1	88,6
Índice de Satisfacción	87,8	88,8	88,2	86,1	84,9

De acuerdo a la Tabla 56: *Índice de Satisfacción según tipo de previsión*Tabla 56, el grupo con la letra más alta de FONASA es el que presenta el menor Índice de Satisfacción después de quienes tienen otras previsiones (particulares y personas de isapre que reciben atenciones tales como vacuna o entrega de leche). Sin embargo sólo existen diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Infraestructura de Sala de Espera – baños e Infraestructura de Sala de consulta.

**Tabla 57: Índice de Satisfacción según nacionalidad**

Dimensión	Chilena	Peruana	Ecuatoriana	Boliviana	Otra
Satisfacción global sistema público	69,3	72,5	66,7	77,8	80,6
Pre Atención	87,0	81,6	61,7	75,0	94,4
Atención personal administrativo	87,5	83,5	86,0	97,1	90,1
Atención personal profesional	94,5	89,7	95,6	100,0	99,8
Acceso	94,0	93,3	81,0	70,5	91,5
Infraestructura Baño - Sala espera	86,8	86,0	86,9	95,1	85,6
Infraestructura Sala consulta	92,0	92,3	88,7	93,3	91,0
Áreas de Apoyo	90,8	89,2	85,0	94,2	87,5
Post Atención	92,8	89,5	83,4	100,0	91,1
Satisfacción global posterior	90,7	87,9	76,7	100,0	89,4
Cumplimiento de objetivos	90,7	89,2	76,7	100,0	93,1
Índice de Satisfacción	88,0	86,2	81,0	91,4	88,7

De acuerdo a la nacionalidad, Ecuatorianos y Peruanos son los que manifiestan los menores niveles de satisfacción. Sin embargo, sólo existen diferencias significativas en cuanto a Pre Atención, Atención de personal profesional y Acceso.

## 2. Satisfacción Neta

Cálculo de Índice de Satisfacción Neta.

Cálculo de Satisfacción. Para la muestra de usuarios se calcula el porcentaje de usuarios que califican como Satisfecho y Muy Satisfecho (nota 6 o 7).

Cálculo de Insatisfacción. Para la muestra de usuarios se calcula el porcentaje de usuarios que califican como Insatisfecho y Muy Insatisfecho (notas menor o igual a 4).

Cálculo de Satisfacción Neta, definición del índice. Se calcula la diferencia entre la Satisfacción y la Insatisfacción. Este número representa el índice de Satisfacción Neta.

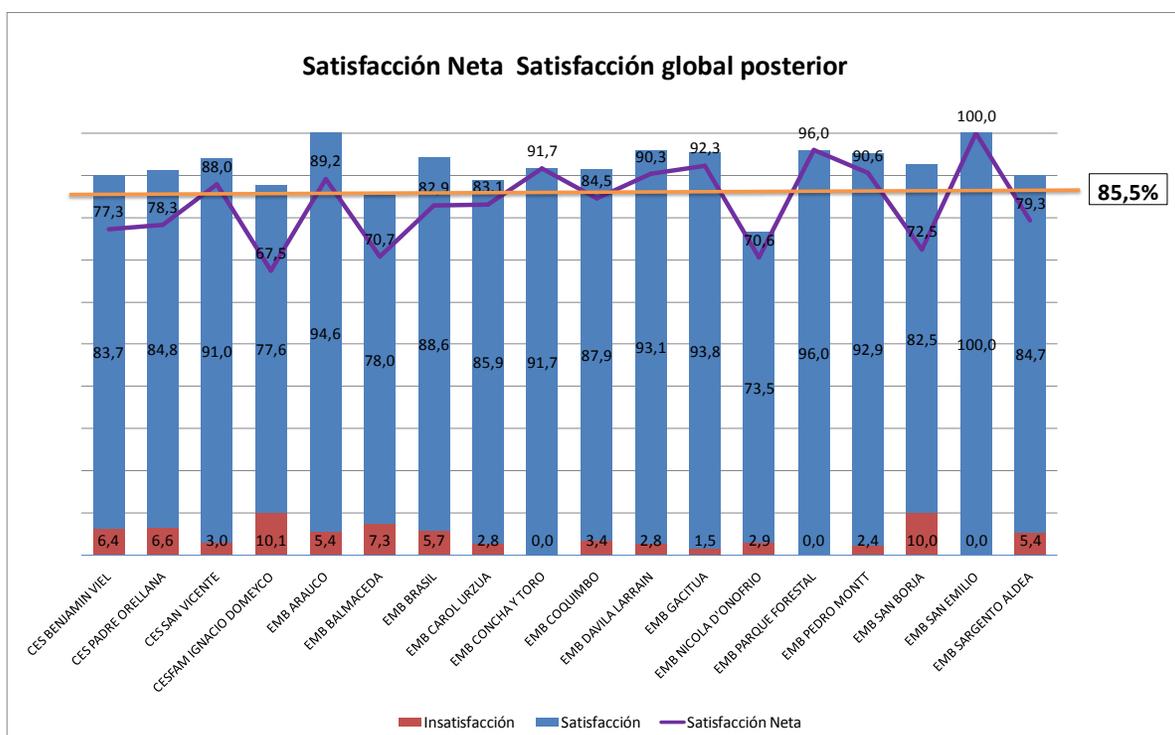
## 2.1. Satisfacción neta por polo de atención

	DOMEYKO	ORELLANA	SAN VICENTE	VIEL	TOTAL
SATISFACCIÓN	80,0	87,8	92,0	86,9	<b>86,6</b>
INSATISFACCIÓN	7,8	5,1	3,3	4,5	<b>5,2</b>
<b>SATISFACCIÓN NETA</b>	<b>72,2</b>	<b>82,7</b>	<b>88,7</b>	<b>82,4</b>	<b>81,4</b>

Alrededor de 87% de los usuarios tienen un nivel de satisfacción que califican con nota 6 o 7, en tanto 5% de los usuarios se manifiesta insatisfecho, con una calificación menor o igual a 4. Estas cifras entregan un Índice de Satisfacción Neta de 81,4%.

El mayor índice de Satisfacción Neta se encuentra en el Polo San Vicente, con solo un 3% de Insatisfacción, en tanto el menor índice de Satisfacción Neta corresponde al Polo Domeyko con 72,2% de satisfacción Neta.

## 2.2. Satisfacción neta por establecimiento



Los mayores niveles de insatisfacción se encuentran en el CESFAM Domeyko (Polo Domeyko) y en la Estación médica San Borja (Polo Orellana) cada uno con 10% de insatisfacción. Destacan positivamente las Estaciones médicas Concha y Toro, Parque Forestal (Polo Domeyko) y San Emilio (Polo Orellana) con 0% de Insatisfacción.

### 3. PRINCIPALES RESULTADOS

#### Índice de Satisfacción de Usuarios

- El índice de Satisfacción Global para toda la Red de Salud de la Municipalidad de Santiago es de 87,9, donde el máximo es de 100, lo cual revela que el nivel de satisfacción respecto a la atención recibida en los centros de salud es evaluada positivamente. Esta encuesta, aplicada a nivel nacional durante el 2009, dio un nivel de satisfacción global de 78,1, que varió de 71,1 en servicios de urgencia a 83,9 en hospitales, estando los establecimientos de APS en 80,9.
- Los mejores niveles de atención se observan en el acceso y la atención de personal profesional, con un 94,7 y 94,2% respectivamente. Mientras que la Satisfacción global con el Sistema de Salud Público es la que presenta los menores niveles de satisfacción con sólo 69,4%.
- El análisis por Polo revela que la menor satisfacción alcanza un índice promedio de 85,13 en el Polo Domeyko y la mayor de 89,15 en el Polo San Vicente.
- Del total de los Centros de Salud, destacan cuatro establecimientos con el mejor índice de Satisfacción: las Estaciones médicas Dávila Larraín, Parque Forestal, Gacitúa y Pedro Montt, todas con un nivel de satisfacción superior a los 90 puntos. Por otro lado, los establecimientos con los más bajos índices de Satisfacción son las Estaciones médicas Nicola D'Onofrio (83,3), Balmaceda (83,8), San Borja (84,2) y el CESFAM Ignacio Domeyko (84,3).

### 4. PLAN DE MEJORA DE LA SATISFACCIÓN USUARIA

#### ATENCIÓN

1. Disminuir los tiempos de espera de atención una vez pedidas las horas
2. Mejorar la atención del personal administrativo
3. Mejorar la rapidez de atención del personal administrativo
4. Mayores facilidades para tomar horas
5. Mayor cantidad de personal administrativo
6. Mayor cantidad de personal médico
7. Mayor disponibilidad de horas para otros profesionales
8. Respeto por los horarios
9. Aviso cancelación de horas médicas
10. Personal más amable
11. Mayor dedicación al paciente
12. Atención diferenciada por grupos, fila preferencial
13. Atención días sábado en EMB
14. Extensión horaria EMB

15. Horarios más flexibles para retiro de farmacia, alimentos, pedir horas e inscripción de usuarios.

Acciones de mejoramiento:

*Para responder a los puntos 1, 6 y 7:*

- 1. Implementar sistema de sobrecupos y confirmación telefónica de asistencia de pacientes en base a estudio de Inasistencia de pacientes según estamento.*
- 2. Trabajo en Red para la oferta de atenciones médicas de morbilidad, intra polo y inter polos.*
- 3. Reimpulso de la línea 800 o central telefónica para la solicitud de horas médicas en todos los Polos.*

*Para responder a los puntos 2, 3,4, 5, 9, 11, 12, 15:*

- 1. Horario de atención de SOME, farmacia, alimentos, e inscripción de usuarios desde apertura a cierre del establecimiento, sin horario de colación.*
- 2. Aviso oportuno de la cancelación de horas médicas.*
- 3. Presencia de fila preferencial o carteles que indiquen atención preferencial para personas embarazadas, con bebés, ancianos o con discapacidad.*

#### INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

16. Mayor cantidad de baños
17. Mejor ubicación de baños
18. Instalación de TV, máquinas dispensadoras y teléfonos públicos en la sala de espera
19. Ambientación para niños
20. Mayor disponibilidad de medicamentos
21. Mudadores
22. Plantas
23. Alfombras cerca de la pesa
24. Retiro de leche y vacunas en EMB
25. Mayor disponibilidad de exámenes
26. Ampliar edad mamografías
27. Credenciales para funcionarios
28. Interconsultas digitales

Acciones de mejoramiento:

*Para responder al punto 18:*

- 1. Instalación de TV y reproductor de dvd en todos los establecimientos de la Red. Con programas de educación y promoción de salud dirigidos al paciente.*

*2. Invitación a los consejos consultivos o a la comunidad para implementar quioscos saludables dentro de los centros de salud.*

Para responder al punto 21:

*1. Estudio para instalar mudadores en todos los establecimientos de la Red.*

Para responder al punto 22:

*1. Consulta a la SEREMI respecto de autorización para disponer de plantas en los centros. Si es posible, implemetar.*

Para responder al punto 23:

*1. Consulta a la SEREMI respecto de autorización para disponer de alfombras en los box. Como alternativa se propone la compra de gomas antideslizantes.*

Para responder a los puntos 25, 26:

*1. Ya se están haciendo los cambios a los convenios para ampliar la cartera de exámenes y el rango de edad para las mamografías.*

Para responder al punto 27:

*1. Ya se están haciendo elaborando.*

Para responder al punto 28:

*1. Implementación de sistema digital para la emisión de interconsultas.*

## SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

29. Solución efectiva de problemas

30. Buzón de reclamos

31. Jornadas de convivencia entre personas de distinta nacionalidad

### Acciones de mejoramiento:

Para responder a los puntos 10, 29 y 30:

*1. Implementación de una matriz para la resolución de reclamos, con una comisión que analice y responda según índole del reclamo. Que no responda el afectado.*

*2. Implementación de un Buzón de reclamos que dé mayor libertad de expresión al paciente.*

Los puntos 8, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 24 y 31 no son implementables en el corto plazo.

---

## e. Evaluación Compra de Servicios de Laboratorio

## INFORME SERVICIO DE LABORATORIO OCTUBRE DE 2010 A SEPTIEMBRE 2011.

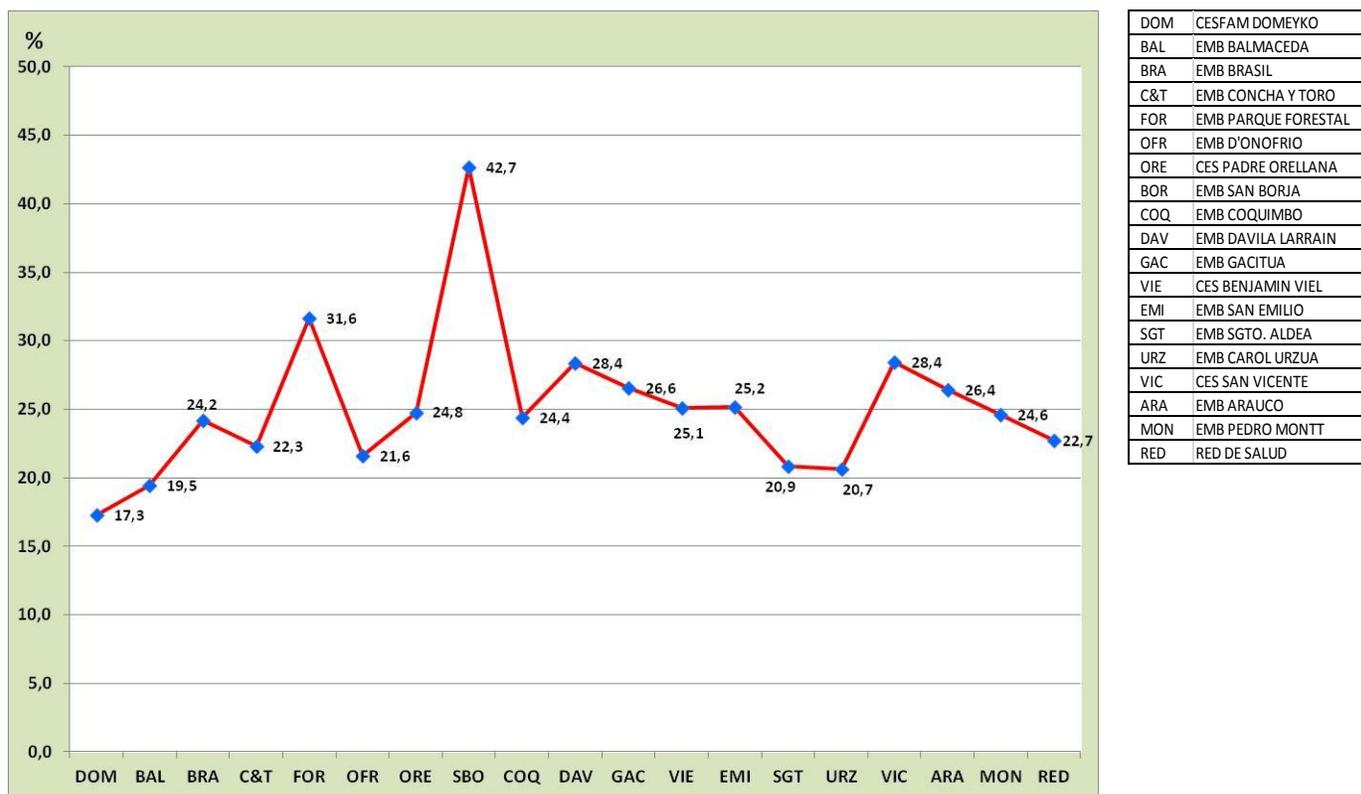
La Red de Salud de Santiago cuenta con el servicio de Laboratorio externalizado (Laboratorio Clínico de Medicina Nuclear) que recolecta, procesa y entrega los resultados de los exámenes a los diferentes Centros de Salud. La canasta licitada de exámenes es la siguiente:

1	TIEMPO DE COAGULACION	35	PERFIL BIOQUIMICO
2	PRUEBA DE COOMBS INDIRECTO	36	PROTEINAS FRACCIONADAS ALBUMINA/GLOBULINA
3	FERRITINA	37	PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS, C/U, EN SANGRE
4	FIERRO SERICO	38	PERFIL HEPATICO
5	CAPACIDAD DE FIJACION DEL FIERRO	39	TRANSAMINASAS, OXALACETICA Y PIRUVICA
6	GRUPOS SANGUINEOS AB0 Y RHO	40	TRIGLICERIDOS
7	HEMATOCRITO	41	GONADOTROFINA CORIONICA, SUB-UNIDAD BETA
8	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL	42	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE (FSH)
9	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	43	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)
10	HEMOGRAMA	44	INSULINA
11	TIEMPO DE PROTROMBINA	45	HORMONA TIROESTIMULANTE (TSH)
12	RECUENTO DE PLAQUETAS	46	TIROXINA LIBRE (T4L)
13	RECUENTO DE RETICULOCITOS	47	ANTICUERPOS ESPECIFICOS Y OTROS AUTOANTICUERPOS
14	TIEMPO DE SANGRIA	48	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
15	TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	49	FACTOR REUMATOIDEO
16	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION	50	PROTEINA C REACTIVA
17	ACIDO URICO, EN SANGRE	51	EXAMEN DIRECTO AL FRESCO
18	BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA	52	TINCION DE GRAM
19	CALCIO EN SANGRE	53	COPROCULTIVO
20	COLESTEROL TOTAL	54	CULTIVO CORRIENTE
21	COLESTEROL HDL	55	UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS Y ANTIBIOGRAMA
22	CREATININA EN SANGRE	56	NEISSERIA GONORRHOEAE (GONOCOCO)
23	CLEARANCE DE CREATININA	57	ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
24	CREATINQUINASA CK - TOTAL	58	COPROPARASITOLOGICO SERIADO SIMPLE
25	DESHIDROGENASA LACTICA TOTAL (LDH)	59	EXAMEN DE GRAHAM
26	ELECTROLITOS PLASMATICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U	60	ACAROTEST
27	PERFIL LIPIDICO	61	CUERPOS CETONICOS
28	NIVELES PLASMATICOS DE FARMACOS Y/O DROGAS	62	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
29	FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES	63	DETECCION DE EMBARAZO,
30	FOSFORO EN SANGRE	64	GLUCOSA (CUANTITATIVO), EN ORINA
31	GAMMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGT)	65	ORINA COMPLETA
32	GLUCOSA EN SANGRE	66	SEDIMENTO DE ORINA
33	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ORAL (PTGO)	67	CREATININA EN ORINA
34	NITROGENO UREICO Y/O UREA, EN SANGRE	68	PROTEINA (CUANTITATIVA ), EN ORINA

El laboratorio es responsable de enviar los resultados impresos a cada centro, además los profesionales pueden acceder a los resultados a través de una página web. Se está trabajando en la integración con la ficha clínica electrónica de REZEBRA, por medio de una web service, de manera de enviar directamente la orden a toma de muestra, la impresión de las etiquetas por sistema de código de barra para los tubos y el envío de los resultados desde el laboratorio a cada ficha del paciente.

Mensualmente llegan a la Dirección de Salud el compilado de los exámenes tomados, en planilla Excel, con los datos del centro, identificación del paciente y resultado del examen. La siguiente información surge del procesamiento de datos del consolidado de 12 meses de estas planillas, desde octubre de 2010 a septiembre de 2011, lo que permite tener una panorámica del comportamiento de este proceso clínico.

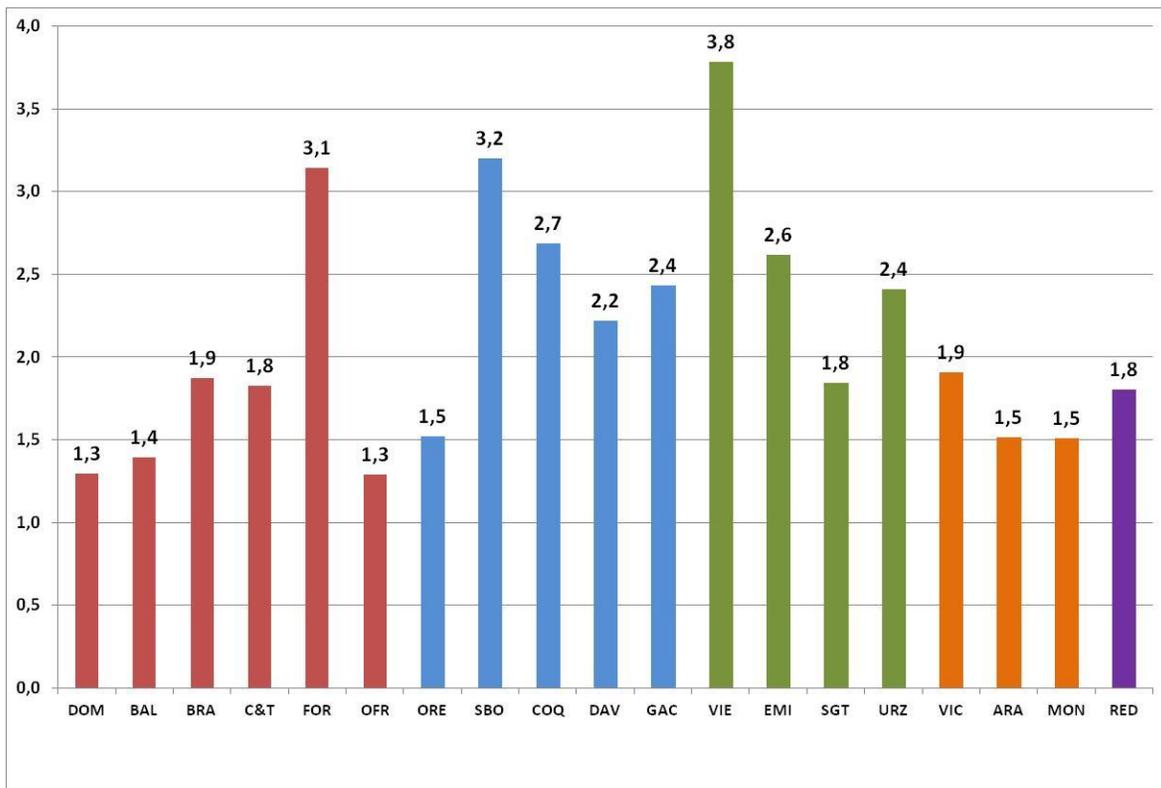
**Gráfico 1. Porcentaje de población inscrita con al menos 1 examen anual.**



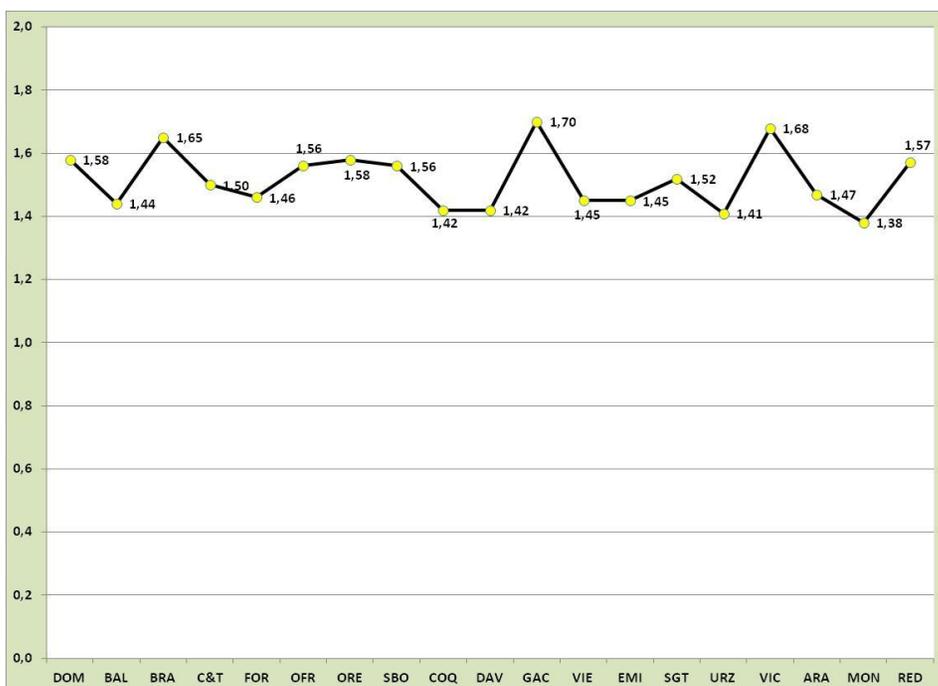
La cobertura del servicio de Laboratorio, en población inscrita, es de un 22,7%, teniendo importantes variaciones (17,3 a 42,7), la cifra mayor corresponde a la EMB San Borja, que es el centro con menor población (1.491) y se concentran adultos mayores, muchos de ellos con patología crónica, en el otro lado está Domeyko, el centro con mayor población (28.097) y proporcionalmente con mayor población infantil. Estas variaciones que no se explican por población o número de consultas, por lo tanto se debe pensar en variaciones de conductas clínicas de los equipos locales.

Tal como se observa en el siguiente gráfico, la tasa de exámenes con consulta es bastante variable dentro de los establecimientos de salud, y no se ajusta a los estándares ministeriales de 0,7 a 1,0 examen por consulta. Aunque debe ajustarse por edad, hay una sobre solicitud de este procedimiento diagnóstico que debe corregirse a futuro-

**Grafico 2: Tasa de exámenes por consulta**



**Gráfico 3: Tasa de repetición de toma de exámenes**



Estos valores dan cuenta de las veces, en promedio, que una misma persona se tomó exámenes en el tiempo estudiado. En la Red de Salud el 57% de las personas acudió a realizar este procedimiento más de una vez en los 12 meses analizados. En general, la población que acude a estos procedimientos diagnósticos en forma reiterada es baja, solo el 3.5% fue 4 o más veces, existiendo un valor máximo de 13 veces.

Ahora bien, existen exámenes que son trazadores de la gestión clínica de programas específicos, tal como lo es la hemoglobina glicosilada (HB GLIC), examen que mide el nivel de compensación del paciente diabético. Las guías clínicas ministeriales sugieren que al diabético compensado debe tomarse al menos 2 veces al año y al descompensado cada 3 meses, es decir 4 veces al año. En la Red de Salud hay 4.205 personas bajo control por esta patología (PBC DM), de las cuales el 40.2% está compensado (HB GLIC < 7). Si se siguen las guías, podemos esperar que en esta población de pacientes diabéticos tenga como promedio al menos 3 hemoglobinas glicosiladas en un año.

**Tabla 58:** *Compensación de diabéticos según REM y base de laboratorio*

POLO	DOMEYKO	ORELLANA	B. VIEL	SAN VICENTE	RED
PBC DM TOTAL (REM)	1.977	985	742	501	4.205
PBC DM COMPENSADA (REM)	893	288	311	198	1.690
% COMPENSACION SEGÚN REM	45,2	29,2	41,9	39,5	40,2
Nº PERSONAS CON HB GLIC	1879	877	707	591	4054
Nº PERSONAS CON HB GLIC < 7	999	445	394	303	2.141
% PBC CON HB GLIC	95,0	89,0	95,3	118,0	96,4
PROMEDIO HB POR DM	1,45	1,28	1,33	1,53	1,41
% COMPENSACION SEGÚN LAB	53,2	50,7	55,7	51,3	52,8

Tal como se observa en la Tabla, la cobertura del examen de hemoglobina glicosilada es de un 94.4% en la Red de Salud, variando de un 89 a un 118%, esta última cifra puede explicarse que en el Polo San Vicente le solicitan este examen a pacientes que no son diabéticos o tienen pacientes diabéticos no registrados en su bajo control, ambas situaciones anómalas que deben investigarse con mayor atención. Por otro lado, el promedio de hemoglobinas glicosiladas solicitadas por paciente diabético, en el transcurso de 1 año, es de 1.41, mucho menor de lo esperado según el nivel de compensación (3). Además se observa que el porcentaje de compensación, según los datos entregados por el laboratorio es mayor que el informado por los centros, recogido del tarjetero de crónicos, esto puede suceder porque estos tarjeteros estén desactualizados y/o también un grupo de estas personas que se les solicitó el examen no sean diabéticos.

En general, contar con la información del laboratorio, a través de una base de datos, constituye una buena herramienta de seguimiento de ciertos procesos clínicos al interior de cada centro de salud. Permite revisar con mayor detención el quehacer de los equipos de salud, más allá de indicadores globales que no translucen los problemas de cada centro.

---

## f. Plan de Cuidados de Salud de la Población

## INTRODUCCIÓN

El plan de Salud 2012 corresponde a la consecución de los objetivos planteados en el cuadro de mando integral del Plan Estratégico 2011-2013. Con un especial énfasis en el cumplimiento de aquellos puntos en que ha habido mayores dificultades para llevarlos a cabo.

El CMI es un sistema de planificación estratégica y administración utilizado para alinear las actividades de la organización a la visión y estrategia de ella, mejorar las comunicaciones internas y externas, y monitorizar el desempeño de los procesos. Este modelo ha sido ampliamente utilizado en el ámbito empresarial y últimamente también se ha desarrollado en el sector salud<sup>2</sup>.

En términos prácticos, el CMI se basa en definir inicialmente el sentido de la institución, por lo cual se entiende la Misión y Visión a la que se orienta. Luego, y direccionando todo a responder al sentido previamente determinado, se divide la planificación en 4 dimensiones de igual importancia cada una, las cuales fueron adaptadas a la realidad de esta Red de APS y a los ámbitos realmente estratégicos para el accionar: Perspectiva del usuario/ciudadanía, Perspectiva Financiera, Perspectiva según Ciclo Vital, Perspectiva de los Procesos Internos y Perspectiva de las Capacidades.

## SENTIDO DE LA INSTITUCIÓN

### **Misión**

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

### **Visión**

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

---

<sup>2</sup> Inamdar N, Kaplan RS, Bower M. Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. J Healthc Manag. 2002 May-Jun;47(3):179-95.

## PERSPECTIVA DE LA CIUDADANÍA

Se interpretó como los grupos u organizaciones con las cuales nos relacionamos estratégicamente para responder a sus necesidades y demandas. En este punto es posible generar valor agregado en los servicios que otorgamos y en la manera como nos relacionamos con ellos. Usuarios, Servicio de Salud Metropolitano Central y otras áreas de la I. Municipalidad de Santiago.

### 1. Pacientes, familias y organizaciones comunitarias

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
1.C.1 Potenciar el accionar de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS).	Cumplir con los tiempos de respuesta de reclamos, sugerencias y felicitaciones según flujograma Minsal.	90%	Informe por cada Polo con los reportes mensuales de la OIRS tendrán que entregarse a la Dirección de Salud (DISAL), junto con la propuesta de acciones a seguir y nuevas metas de acuerdo a los resultados en el periodo.
	Instalar un buzón instalado en todos los centros.	100%	
1.C.2 Evaluar la satisfacción usuaria en la Red de APS.	Aplicación de un instrumento validado para la evaluación de la satisfacción usuaria en la Red, al menos una vez cada 12 meses.	100%	Informe de Evaluación de Satisfacción usuaria redactado por la Dirección de Salud.
	Al año 2012, un 80% de los centros de salud tendrá una evaluación satisfactoria por parte de los usuarios.	100%	
1.C.3 Dinamizar la página web de manera que entregue información sobre las prestaciones y actividades realizadas en la Red, y también sobre hábitos de vida saludable.	Actualizar al menos una vez por semana la página web.	100%	El encargado de la web entregará una cuenta mensual a la Dirección de Salud con el trabajo en la página web.
1.D.1 Activar los Consejos de Desarrollo Local para que tengan un funcionamiento constante y perdurable en el tiempo.	Constitución de todos los Consejos de Desarrollo Local y cumpliendo la normativa (uno por Polo)	100%	Informe mensual de cada Director de Polo a la DISAL con el acta de reunión del Consejo de Desarrollo Local respectivo.
1.D.2 Capacitar a los miembros del Consejo de Desarrollo Local en el modelo de Salud Familiar.	Realizar al menos una capacitación semestral.	100%	Registro en el acta de reunión del Consejo de Desarrollo Local.
1.D.3 Acercar la labor de la DS a la población, para informar sobre el funcionamiento y resultados de la Red, junto con recibir retroalimentación.	Hacer una cuenta pública anual de la DS abierta a toda la comunidad.	100%	Citación pública a la comunidad y a los funcionarios de la Red.
1.D.4 Incrementar el enfoque familiar a través de la realización de 'Estudios de Familia' que tengan asociadas intervenciones a realizar y la acreditación de los principales centros de salud como centros de salud familiar.	Por Polo, tener al 10% de las familias inscritas con 'Estudio de Familia' y el 25% de ellas con sus intervenciones asociadas registradas en el sistema de ficha electrónica.	100%	Registro informático de los estudios e intervenciones de familia realizados por centros.

	Al 2012 tener los 4 principales centros de salud acreditados como centros de salud familiar, con sectores funcionales y con población a cargo definida.	100%	Formalización de la acreditación de los 4 centros de salud por parte del Servicio de Salud.
1.D.5 Proteger el espacio de las reuniones de equipo semanal donde se traten casos desde el enfoque de salud familiar.	Revisión de las actas de reuniones semanales en equipos.	100%	Jefe de equipo debe entregar mensualmente las actas a la Dirección del Polo y la DISAL.
1.E.1 Velar por los derechos y deberes de los trabajadores y de los usuarios en todos los centros de salud y tener vías expeditas para notificar y ayudar en caso de ocurrir algún problema. En el caso de los usuarios será la OIRS, y para los funcionarios un protocolo elaborado entre la DS y las Asociaciones.	Todos los centros tendrán publicados los derechos y deberes de los trabajadores de Salud y de los usuarios y habrá un protocolo reglamentario que orientará la acción pertinente.	100%	Informe emitido por las Asociaciones con el cumplimiento de las medidas a favor de los funcionarios: publicación de derechos y protocolo.
1.E.2 Entregar identificación con foto, nombre y cargo a todos los funcionarios.	Todos los funcionarios con identificación.	100%	Informe por parte de los Jefes de Equipo.
1.E.3 Fomentar el trabajo con voluntarios de la comunidad y capacitarlos en el modelo.	Al menos 1 voluntario en los principales centros de salud.	100%	Informe por parte de los Jefes de Equipo.

## 2. Servicio de Salud Metropolitano Central

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
2.A.1 Fomentar la reunión periódica y estructurada del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), donde la Red de APS pueda proponer y definir temas a discutir.	Asistir a los CIRA.	90%	Informe al menos trimestral de la DISAL a las(os) Directoras(es) de Polo (DP) sobre periodicidad y avances en las reuniones del CIRA y las convocadas por la APS.
2.A.2 Convocar a una reunión donde estén todos los niveles de la Red para conversar efectivamente sobre los problemas que observamos en la APS y las falencias del trabajo en Red.	Reunirnos al menos anualmente, con todos los niveles de la Red en una reunión convocada por la APS.	100%	
2.C.1 Definir un espacio de reunión particular para coordinar la oferta y la demanda de horas médicas de especialidades.	Reuniones mensuales de la DS con el SS para gestionar y acordar la asignación de interconsultas.	100%	Informe mensual a la DISAL del Comité encargado de la gestión de Interconsultas con los avances y acuerdos.
2.D.1 Presentar un Plan para el Aumento de la Capacidad de Atención y Resolutividad (PACAR) en la APS de Santiago que aborde interconsultas, especialistas en APS, relación con SS y CRS Maipú, prestadores de servicios externos, urgencia en APS, entre otros.	Presentar el PACAR en una de las reuniones del CIRA y, eventualmente, en el Ministerio de Salud.	100%	Informe al menos semestral de la DISAL a los DP sobre los avances del PACAR.
	Para el 2012 estar implementando el plan piloto del PACAR en la comuna de Santiago.	100%	

### 3. Otras áreas de la I. Municipalidad de Santiago

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
3.A.1 Entablar reuniones formales con las divisiones de la Municipalidad que se relacionen con Salud para identificar áreas de trabajo conjunto: I. Secretaría de Planificación II. Gerencia del Medio Ambiente III. Dirección de Educación IV. Comité de Infancia y Familia V. Dirección del Área Social: Dirección Deportes y Recreación, Secretarías de la Mujer, del Adulto Mayor, de la Juventud, Inmigrantes. VI. Dirección Área Urbana: Obras Municipales. VII. Dirección del Área de Operaciones: Direcciones de Higiene Ambiental, Aseo y Limpieza, Protección Civil y Emergencia.	Dentro del cada año, haber tenido al menos una (1) reunión, distinta a la reunión de Directores en el Municipio, y haber identificado al menos un (1) área de trabajo conjunta con cada división especificada, explicitado en un proyecto escrito de colaboración.	100%	Informe anual a la DISAL del encargado de cada contacto.
	Haber llevado a cabo al menos un proyecto concreto al año con cada división contactada.	100%	

### PERSPECTIVA FINANCIERA

Se refiere a la organización de los recursos financieros y su alineamiento al cumplimiento de los objetivos. Es analizada como un área particular debido a la relevancia para cumplir con lo propuesto en la planificación de una manera eficiente y efectiva.

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Meta	Mecanismos de evaluación
1.- Solicitar en tiempo y oportunidad los Aportes Municipales (Aporte al Déficit)	Solicitud de Aporte al Déficit	100 % Solicitudes de Aporte tramitadas oportunamente	Depósito Bancario
2.- Retiro oportuno de cheques del servicio de Salud Metropolitano Central	Recuperación de Montos asignados por Convenios	100 % cheques retirados en un máximo de 48 hrs.	Depósito Bancario
3. Oportuna validación presupuestaria de las solicitudes de compra.	Adicionar al proceso de visación de Solicitud de Compra, la validación de saldo presupuestario.	100 % de las Solicitudes de compra validadas presupuestariamente	Certificado de Disponibilidad Presupuestaria visados.
4. Organización del trabajo en base a Carta Gantt, que permita dar celeridad a los procesos internos	Calendarización de tareas semanales y mensuales.	90 % de cumplimiento de los plazos establecidos	Carta Gantt de los funcionarios
5. Monitoreo de las Resoluciones de Pago enviadas a Contraloría Municipal	Base de datos de Resoluciones de Pago en Contraloría Municipal.	Seguimiento del 100 % de las Resoluciones	Base de Datos (actualizada semanalmente)

Administración	6.- Oportuna recepción y despacho de correspondencia	Visación de correspondencia en los registros y libros correspondientes Implementar el uso de un Cuaderno de Registro Interno, en la Unidad de Finanzas	100% de la correspondencia recepcionada durante el día ingresada y distribuida	Retorno del Cuaderno de correspondencia a Jefatura al final de la jornada.
Control	7.- Priorizar la revisión de Resoluciones de Pago.	Visación de Resoluciones por parte del Jefe de la Unidad.	95% de Resoluciones recepcionadas revisadas en un plazo no superior a 48 horas, desde que ingresa la información a la Unidad	Despacho de correspondencia
	8.- Actualización de base de datos de Control Presupuestario	Informe mensual de saldos presupuestarios, para determinar si corresponde tramitar Modificación Internas y/o a Concejo Municipal	100% de ítems presupuestarios analizados	Presentación oportuna de Modificaciones Presupuestarias
	9.- Arqueo de Valores en Custodia	Informe Semanal cheques en cartera Arqueo mensual de Caja de Fondos y Cheques en Cartera	100 % cumplimiento en los plazos establecidos	Visto Bueno Jefe Finanzas Visto Bueno Dirección

## PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS SEGÚN CICLO VITAL, CON NIVEL DE PRIORIDAD

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

Son las áreas donde se trabaja actualmente y donde se quiere desarrollar un trabajo dentro de la organización: Ciclo Vital Infantil, Ciclo Vital Adolescente, Ciclo Vital Adulto y Ciclo Vital Adulto Mayor.

### 1. Ciclo Vital Infantil

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
NO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOS EN CONTROL SANO FALTA DE ACREDITACION Y CONTROL DE CALIDAD	1.1 Aplicar protocolo neurosensorial (PNS) al mes de vida.	N° de niñ@s que al control del 1 <sup>er</sup> 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
BAJA COBERTURA DE CONTROL SANO EN LAS EDADES SEÑALADAS  LA COMUNIDAD NO TIENE CONCIENCIA DE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PREVENTIVO	1.2 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
NO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOS EN CONTROL SANO FALTA DE ACREDITACION Y CONTROL DE CALIDAD	1.3 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	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LOS CONTROLES SANOS RESCATE DE INASISTENTES	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
		N° de niños con control sano de los 12 meses con PB aplicada / N° total de controles sano de 12 meses x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	INFORMACION A LA COMUNIDAD DE LOS CONTROLES SANOS RESCATE DE INASISTENTES	REM A 01-03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
		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
		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.	
BAJA COBERTURA DE EDP	1.4 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	1.5 Aplicar EDP en controles sanos correspondientes a los 18 meses.	Nº de niñ@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
	1.6 Aplicar EDP en controles sanos correspondientes a los 24 meses.	Nº de niñ@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
	1.7 Aplicar TEPSI en controles sanos correspondiente a los 3 años.	(Nº de niñ@s con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (TEPSI) en el control de salud a los 36 meses de edad/Nº 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
FALTA DE PERSONAL CAPACITADO	1.8 Aplicar la Escala Massie y Campbell a madre e hijo, a los 4 y 12 meses que asisten a control de niño sano	(Nº 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 100  (Nº de niños y niñas que al control del 12º mes se les aplica pauta de observación de la relación vincular / Total de niños y niñas del 5º al 12º meses bajo control) x 100	DOM: Aumentar en un 10% la aplicación de pauta en el control de salud 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)	-CAPACITACION DE TODO EL ESTAMENTO ENFERMERA. -GENERAR ESTRATEGIA DE TRABAJO CON LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE APEGO DETECTADOS.	REM A 01- 03 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
BAJA ADHERENCIA DE LOS PADRES A LOS TALLERES  MALTRATO INFANTIL  POCO PERSONAL CAPACITADO	1.9 Realizar Taller Nadie es Perfecto para madres, padres o cuidadores de niños 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
MALTRATO INFANTIL  POCO PERSONAL CAPACITADO	1.10 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	1.11 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
MALTRATO INFANTIL	1.12 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 pesquisados	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
FALTA DE CONTACTO CON FAMILIAS INTERVENIDAS FALTA DE SEGUIMIENTO DEL EQUIPO	1.13 Lograr la recuperación de niños pesquisados 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 PUNTES, ETC	REM A 03- Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
	1.14 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
OBESIDAD INFANTIL	1.15 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	1.16 Realizar consulta nutricional a los 3 años y 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludable.	(Nº de niños de 3 años y seis meses con consulta nutricional/Nº Total de niños 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
	1.17 Realizar consejería a familias de niños y niñas con obesidad	Nº de familias de niñas y niños obesos con consejería / Nº de familias de niñas y niños obesos bajo control x 100 Línea base de cobertura	DOM: 100% ORE:50 VIE: 50% SVI: 50% RED: 75%	REALIZACION Y REGISTRO DE CONSEJERIA EN PRIMERA 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.	REM A 19 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	1.18 Realizar Visita Domiciliaria Integral a familias de niños obesos menores de 6 años	N° de familias de niñas y niños obesos con consejería / 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
	1.19 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
ALTOS INDICES DE CARIES EN LA POBLACION INFANTIL	1.20 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
	1.21 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	1.22 Mantener la cobertura de altas odontológicas integrales en niñ@s de 6 años inscritos	(Nº de niñ@s de 6 años con alta odontológica total/Nº Total de niñ@s de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100	DOM: 70% ORE:70% VIE: 70% SVI:70% RED: 70%	RESCATE INASISTENTES. DERIVAR DE CONTROL SANO 6 AÑOS A DENTAL Y VICEVERSA. DIFUNDIR ESTA INTERVENCION A LA COMUNIDAD Y CENTROS EDUCACIONALES	REM A 09 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
	1.23 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
BAJA DETECCION MALTRATO INFANTIL	1.24 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 MÉDICA. ANALISIS DE CASO Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, EN REUNION DE EQUIPO.	REM 04-05 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	1.25 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
	1.26 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 diagnóstico 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 DETECCIÓN DE CASO. VISITAS DE SEGUIMIENTO SEGÚN EVOLUCIÓN DE CASO INTERSECTORIALIDAD VINCULO DIRECTO CON INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN CASO( REALIZAR VISITAS REQUERIDAS)	REM A26 - P6 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
	1.27 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 niñ@s menores de 6 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual) x100	DOM: 90% ORE: 90% VIEL: 90% SVIC:90% RED: 90%	REALIZAR INTERVENCIÓN SOCIAL EN TODAS LAS FAMILIAS QUE LA SITUACIÓN LO PERMITA.	REM A 19 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses
	1.28 Mantener consulta médica de niñ@s con Trastornos Hipercinéticos y SDA	(Nº de niñas/s con sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención que reciben consulta médica para diagnóstico / Nº 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. DERIVACIÓN A COSAM CON PAUTA DE EVALUACIÓN (ESTABLECIDA EN LA RED)	REM A 04-05 Unidad de estadísticas. Cada 3 meses

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
DEFICIENTE TRABAJO INTERSECTORIAL	1.29 Generar relaciones fluidas con salas cunas, jardines infantiles y escuelas 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.
BAJO CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA INFANTIL POR PARTE DE FAMILIAS DE INMIGRANTES	1.30 Generar espacios de difusión y educación a la comunidad migrantes de la importancia de los controles sanos y del PNI	N° de talleres realizados	DOM: Realizar al menos 3capacitación en el tema ORE, VIEL, SVI : realizar al menos 1 taller anual	Coordinación con DIDECO, UNIDAD DE PROTECCION SOCIAL, organizaciones de migrantes	Registro propio

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR MALTRATO INFANTIL FALTA DE APEGO FALTA DE ESPACIOS COMUNITARIOS BAJO COMPROMISO DE LA COMUNIDAD CON LOS TEMAS DE SALUD INTEGRAL	1.31 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, manejo de estrés, alimentación saludable, etc.	N° de establecimientos educaciones 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 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%	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.
	1.32 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.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
		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	1.33 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 /N° Total de niños de 6 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100  (N° de niños vacunados con trivirica los 12 meses de edad con/N° Total de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	DOM: Cobertura comunal de vacunación no inferior al 50% ORE: No < a 75% VIE: No < a 95% SVI: No < a 95% RED: No < a 69%	RESCATE INASISTENTES. DIFUSION A LA COMUNIDAD DE PNI Y SU IMPORTANCIA.	REM 13 REM 14
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	1.34 Derivación a radiografía de caderas.	(N° 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

## 2. Ciclo Vital Adolescente

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
ALTO INDICE DE CRIES EN POBLACION ADOLESCENTE	2.1 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.
ALTO INDICE DE TABAQUISMO EN POBLACION ADOLESCENTE	2.2 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
BAJA COBERTURA DE EXAMEN PREVENTIVO EN POBLACION ADOLESCENTE	2.3 Realizar el Control de salud preventivo anual del adolescente, según protocolo ficha CLAPS.  Establecer un sistema de registro y control del Adolescente	Nº de control de salud preventivo anual del adolescente/Nº total de adolescentes inscritos por 100	DOM: 8% ORE: 10% VIEL: 30% SVIC: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  Tarjetero de control del Adolescente.
	2.4 Derivar a otros profesionales de acuerdo a los problemas de salud detectados. Consejería individual.	Adolescentes con problemas de salud son derivados a otros profesionales.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	TODOS LOS ADOLESCENTES CON PROBLEMA DE SALUD DETECTADOS SON DERIVADOS AL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE. ESTABLECIMIENTO DE SISTEMA DE SEGUIMIENTO	REM 04 B

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	2.5 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
	2.6 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.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
ALTO CONSUMO DE OH Y DROGAS EN ADOLESCENTES	2.7 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
	2.8 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 REALIZADAS APLICACIÓN EN OTRAS INSTANCIAS DE ATENCION (MORB, CONTROLES CR.)	REM A 02
	2.9 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
	2.10 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.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	2.11 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.
CUMPLIMIENTO GES	2.12 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
	2.13 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
	2.14 Derivación a especialidad de psiquiatría a aquellos Adolescentes de 15 años y más con Dg. De depresión en fase psicótica; depresión refractaria o con alto riesgo suicida (según guía clínica ges) y Trastornos Bipolar.	Nº de adolescentes mayores de 15 años derivados por depresión en fase psicótica, refractaria o con alto riesgo suicida 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	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	DERIVACION Y SEGUIMIENTO	SIGGES REM 6 P6
	2.15 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 2ª PARA PALNIFICAR ACCIONES	REM6 P6 IMPLEMENTARLO

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
MALTRATO EN ADOLESCENTES FALLA EN LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.16 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
FALTA DE COORDINACION INTERSECTORIAL CON EDUCACION BULLYING	2.17 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
OBESIDAD EN ADOLESCENTES	2.18 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
	2.19 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
	2.20 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y ETS	2.21 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
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	2.22 Tamizaje para VIH durante el embarazo.	Nº de embarazadas adolescentes con tamizaje para VIH / Total de de embarazadas adolescentes x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	REALIZAR A TODAS LAS GESTANTES CON INDICACION VIH	REM A11 REM A19
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	2.23 Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	Nº de embarazadas adolescentes con tamizaje para sífilis / Total de de embarazadas adolescentes x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI.100% RED: 100%	CUMPLIR CON SCREENING PROTOCOLIZADO	REM - A05

### 3. Ciclo Vital Adulto

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.1 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 x 100.	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED 100%	APLICAR LA NORMATIVA VIGENTE DEL PROGRAMA DE LA MUJER	(REM P 01).REM 19.
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.2 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
FALTA DE DETECCION DE DEPRESION POST PARTO	3.3 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
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.4 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
BAJA COBERTURA DEL EXAMEN EN POBLACION GENERAL AUMENTO INFECCION VIH	3.5 Oferta del TEST VIH y consejería para examen de detección de VIH-SIDA.	Tasa de inscritos con examen de VIH x 1000  (al menos 1 examen)	DOM: línea basal ORE: línea basal VIE: línea basal SVI: línea basal RED: línea basal	DIFUSION A LA POBLACION MEJORAR ACCESO POBLACION AL EXAMEN	REM A19
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.6 Derivar a las personas con VIH + a atención secundaria.	Nº de personas VIH + derivadas/nº total de personas atendidas con VIH + X 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI: 100% RED: 100%	CONSEJERAS DEL POLO COORDINAN LAS DERIVACIONES DE LAS CONFIRMACIONES DEL ISP CONTAR CON ENCARGADA DE VIH	REM A07 REM A11

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
FALTA DE TAMIZAJE DE FAMILIAS EN RIESGO PARA INTERVENCION	3.7 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
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.8 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
	3.9 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)
	3.10 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	3.11 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
MALTRATO EN LA MUJER	3.12 Instalar afiches en sala de espera, con difusión de los derechos de la mujer.	Nº de salas de espera con afiche/Nº total de salas de espera	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	AUMENTAR SENSIBILIZACION DEL TEMA CON INSTALACION DE AFICHES INCLUIR COMO ACTIVIDAD DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA	Informe Directoras de Polo
BAJA ADHERENCIA DE LOS PADRES A LOS CONTROLES	3.13 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% RED: 57%	REALIZAR CAPACITACION INTERNA SENSIBILIZAR EN REUNIONES DE EQUIPO	Informe Departamento de RRHH
	3.14 Refuerzo de acompañamiento a los controles prenatales por la pareja.	Nº de controles prenatales con acompañante/nº total de controles prenatales realizados x 100	DOM: 25% ORE: 25% VIE: 25% SVI:15% RED: 23%	DIFUNDIR EN LA COMUNIDAD INSENTIVAR EN CADA CONTROL	REM 01
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.15 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	3.16 Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	- Nº de gestantes bajo control con examen de VDRL/ nº total de gestantes bajo control x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIEL: 100% SVI: 100% RED: 100%	REGISTRO CASOS POSITIVOS SEGUIMINETO RETROALIMENTACION NIVEL SECUNDARIO	REM A07 y A11
	3.17 Derivación de mujeres con VDRL positivo en control prenatal	- nº de gestantes con VDRL(+) derivadas al programa ITS / nº total de gestantes con VDRL(+) x 100			

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
TRANSMISION VERTICAL VIH	3.18 Tamizaje para VIH durante el embarazo.	Nº de embarazada con tamizaje para VIH / Total de de embarazadas x 100	DOM: 100% ORE: 100% VIE: 100% SVI:100% RED: 100%	SOLICITUD DE EXAMEN AL INGRESO COORDINACION CON LABORATORIO DEL HSBA	REM A19
	3.19 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	3.20 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
	3.21 Evaluación nutricional de mujeres al 6º mes posparto según flujograma acordado de derivación.	Nº de mujeres obesas que disminuyen a sobrepeso/ nº total de mujeres obesas bajo control al 6º mes post parto x 100	DOM: 10% ORE: 7% VIE:7% SVI:5% RED: 8%	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
		Nº mujeres bajo control con sobrepeso que logran peso normal / nº total de mujeres bajo control con sobrepeso al 6º 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	3.22 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	3.23 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
	3.24 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
	3.25 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
FALTA SEGUIMIENTO FAMILIAS DE RIESGO	3.26 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
	3.27 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 1ª 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 1ª 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	3.28 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
BAJA COBERTURA DE LME	3.29 Clínicas de lactancia materna	Nº de puérperas que asisten a clínica de lactancia / 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
<b>ALTA PREVALENCIA DE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SEDENTARISMO</li> <li>• ARTROSIS</li> <li>• DEPRESION</li> <li>• ENF CRONICAS</li> </ul>	3.30 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
<b>BAJA COBERTURA DE MAMOGRAFIAS POR CUPOS PRIORIZADOS NECESIDAD SENTIDA POR LA COMUNIDAD PESQUISA EN ETAPAS TARDIAS DE CA DE MAMA</b>	3.31 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 EXAMEN PREVENTIVO U OTRAS INSTANCIA GARANTIZAR EL EXAMEN A ESTE GRUPO POBLAC.	REM P12 y registro local, FCE
	3.32 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
<b>BAJA COBERTURA PAP PESQUISA EN ETAPAS TARDIAS DE CA CERVICOUTERINO</b>	3.33 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
<b>DIFICIL ACCESO DE MUJERES TRABAJADORAS A LA ATENCION DE SALUD</b>	3.34 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
BAJA COBERTURA DE EXAMEN PREVENTIVO EN POBLACION	3.35 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	3.36 Realización de exámenes de medicina preventiva.	<p>Nº de EMPA realizados a población inscrita masculina de 20 a 44 años / Población masculina inscritos de 20 a 44 x 100</p> <p>Nº de EMPA realizados a población femenina de 45 a 64 años / Población inscrita femenina de 45 a 64 x 100</p>	<p><u>DOM</u>: Aumentar en 15% cobertura de EMPA de lo realizado el año 2011</p> <p><u>ORE</u>: 15% Aumentar un 20% de EMPA focalizado en hombres de 20 a 44 respecto del año anterior</p> <p><u>VIE</u>: 25 % de hombres entre 20 y 44 años y mujeres entre 45 y 64 años con</p> <p><u>SVI</u>: 15% Aumentar un 20% de EMPA focalizado en hombres de 20 a 44 respecto del año anterior</p> <p>EMPA vigente</p> <p><u>RED</u>: 25%</p>	<p>REALIZAR EN CENTROS EDUCACIONALES Y LABORALES DEL SECTOR</p> <p>REALIZAR CAMPAÑAS DE DIFUSION</p> <p>REALIZAR DE FORMA ESPONTANEA CON HORAS DIARIAS PROTEGIDAS</p> <p>EMPA A FUNCIONARIOS DEL CENTRO</p> <p>REQUISITO AL INSCRIBIRSE</p>	REM P4
BAJA ADHERENCIA PSCV	3.37 Control de Salud cardiovascular.	Nº de usuarios del PSCV con controles al día / Nº total de usuarios inscritos en PSCV x 100	<p>DOM:70%</p> <p>ORE: 70%</p> <p>VIE: 70%</p> <p>SVI: 70%</p> <p>RED: 70%</p>	<p>RESCATE TELEF</p> <p>REQUISITO EN FARMACIA PARA DESPACHO DE MEDIC.</p> <p>DERIVACION A CONTROL DE OTRA INSTANCIA DE ATENCION</p>	REM P04, Sección A.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	3.38 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
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS FALLA EN REGISTROS	3.39 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	3.40 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	3.41 Realizar derivación precoz a CEDAZO para detección de HTA desde los EMPA, consulta de morbilidad, urgencia y otros	Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de Hipertensos de 15 y más, esperados según prevalencia x 100	DOM: 55% ORE: 65% VIE: 65% SVI: 65% RED: 60%	DERIVAR A CEDAZO O INGRESO A PROGRAMA DESDE CUALQUIER INST. AUMENTAR COBERTURA DE EMPA PESQUISA EN CADA CONTROL	REM P04 Sección A

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.42 Controlar a pacientes Bajo control PSCV según protocolo establecido para mejorar compensación, con tratamientos y seguimientos adecuados	N° personas con HTA de 20 y más años bajo control, compensados (PA < 140/90 mmHg) / Total de pctes HTA bajo control de 20 y más años a la fecha de corte 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,
BAJA COBERTURA	3.43 Realizar derivación precoz a consulta médica para detección de diabetes desde los EMPA, consulta de morbilidad, urgencia y otros	(N° de personas con diabetes mellitus bajo control de 15 y más años / N° de diabéticos de 15 y más, esperados según prevalencia) x 100	DOM: 85% ORE: 85% VIE: 85% SVI: Aumentar la cobertura del 2011 a un 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
MUY BAJA PESQUISA DE TBC POR PERSONAL DE SALUD	3.44 Aumentar la pesquisa de personas con TBC	N° de BCK solicitadas/N° 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
COMPENSACION INSUFICIENTE DIABETICOS EN PACIENTES	3.45 Control de paciente diabético en el PSCV, con protocolo establecido que sea uniforme para la red, para derivaciones, manejo, y evaluaciones mediante exámenes	N° personas con Diabetes de 20 y más años, compensados (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
FALLA EN REGISTROS INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	3.46 Aplicación del instrumentos Qualidiab-Chile on line o similar( <a href="http://qualidiabchile.minsal.cl">http://qualidiabchile.minsal.cl</a> ) 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/N° 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. ( <a href="http://qualidiabchile.minsal.cl">http://qualidiabchile.minsal.cl</a> )
BAJA COBERTURA DE EVALUACION DE PIE DIABETICO ALTO INDICE DE AMPUTACION POR PIE DIABETICO	3.47 Evaluación anual del pie diabético (Formulario Evaluación del pie en el paciente diabético). Evaluación de Pies en cada control por su patología	N° de personas con diabetes bajo control en el PSCV a las que se les realizó al menos una evaluación de los pies en los últimos 12 meses / N° 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
	3.48 Aumentar cobertura de curaciones avanzadas en pacientes con pie diabético realizados por enfermeras.	N° de personas con diabetes bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / N° 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
FALTA DE DG PRECOZ DE RETINOPATIA DIABETICA	3.49 Fondo de ojo a paciente diabético 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	3.50 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
ALTOS ÍNDICES DE OBESIDAD EN EL ADULTO	3.51 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.
	3.52 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	3.53 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
ALTA DEMANDA DE LA COMUNIDAD	3.54 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
		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
		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
DEFICIENTE ACEPTACION DE LOS INSCRITOS CHILENOS FRENTE A LA POBLACION MIGRANTE	3.55 Trabajo de esta temática con los Consejos de Desarrollo Local, sensibilización sobre el tema, ferias interculturales	Nº de CDL con temática tratada	RED: 100%	PARTICIPACION EN CDL COORDINACION CON INTERSECTOR, DIDECO, UNIDAD DE INMIGRANTES	Informe por Polo

#### 4. Ciclo Vital Adulto Mayor

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
DESCONOCIMIENTO DE SU SEXUALIDAD, EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES	4.1 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
AUMENTO DE ITS EN LA POBLACION DE ADULTOS MAYORES	4.2 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
TABAQUISMO PASIVO EN AM	4.3 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 EDUC REALIZAR POR EQUIPO CABECERA FACILITAR ESPACIO AGRADABLE LENGUAJE FACIL ACTIVIDAD PARTICIPATIVA	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia REM 27 y REM 19
BAJA COBERTURA DE EMPAM	4.4 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% VIEL: 80% SVI: 60% RED: 67%	DERIV INTERNA	Cartolas de Control Ficha electrónica Lista de asistencia REM 27 y REM 19

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
FALTA DE COORDINACION INTERSECTORIAL	4.5 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
DESCONOCIMIENTO EN LA POBLACION DE LAS OFERTAS COMUNALES DE EDUCACION, TALLERES, ETC	4.6 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
ALTA PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES	4.7 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	4.8 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
DEFICIENTE DIAGNÓSTICO DE DEPRESION EN AM	4.9 Mejorar el diagnóstico médico por depresión en AM	Cobertura de población AM bajo control por depresión	RED: aumentar en un 10%	CAPACITACION TALLERES CON COSAM DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DISPONER DE EVALUACION POR NEUROLOGO	
FALTA DE REDES FAMILIARES Y SOCIALES EN AM ALTA VULNERABILIDAD	4.10 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

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
INCUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO	4.11 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 SVI: 100% RED: 95%	DERIVACION A MEDICO PARA DIAGNOSTICO TTO MULTIPROF.	SIGES REM Visita domiciliaria y Consejería familiar
		(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.	
DESCOMPENSACION BAJA ADHERENCIA INASISTENCIA POR OLVIDO	4.12 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.
PROGRAMA DE ARTROSIS INSUFICIENTEMENTE IMPLEMENTADO	4.13 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
BAJA ADHERENCIA	4.14 Talleres educativos gestionados por equipo de profesionales (medico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, psicóloga) de la red de salud de Santiago para los usuarios portadores de patología crónica cardiovascular.	Número de talleres trimestrales por centro orientados a la compensación de patología crónica cardiovascular de adultos mayores realizados por al menos 2 profesionales.	DOM: 2 por sector ORE: 2 VIE: 2 SVI: 1 trimestral RED: 23 talleres	PLANIFICACION LOCAL MULTIPROFESIONAL ESPACIO AGRADABLE	REM 19. REM 27. Ficha electrónica. Carnet de control. Cartolas de control

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
BAJA DETECCION DE IRC	4.15 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
BAJA COBERTURA DE EMPAM	4.16 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
BAJA TASA DE PESQUISA DE TBC	4.17 Realizar visitas a hogares y clubes de AM, con identificación de sintomáticos respiratorios de más de 15 días (realizar baciloscopia)	- (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
FALTA DE CONOCIMIENTO EN LA POBLACION, DE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA NEUMOCOCCICA	4.18 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
BAJA COBERTURA DE EMPAM PERDIDA PRECOZ DE FUNCIONALIDAD EN AM	4.19 Examen de medicina preventiva del adulto mayor como herramienta predictora de la pérdida de la funcionalidad (para usuarios que no sean portadores de patología crónica).	(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 VIE: >5% vs 2011 SVI: >5% vs 2011 RED: >5% vs 2011	DIFUSION RESCATE POR BASE DE DATOS	Cartola adulto mayor REM 02 P 5 Ficha electrónica. Lista de pesquisa y contactos.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	4.20 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
	4.21 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
FALTA DE REDES SOCIALES	4.22 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	4.23 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.
FALTA DE REDES SOCIALES	4.24 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
PERDIDA PRECOZ DE FUNCIONALIDAD EN AM	4.25 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
FALTA DE APOYO A LOS CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	4.26 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.	- <b>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</b>  - 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.

PROBLEMA	Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Estrategia	Mecanismos de Evaluación
	<p>4.27 Educaciones sobre salud bucal, actividad realizada por el odontólogo.</p> <p>Coordinación de grupos a nivel interno de los centros</p> <p>Coordinación con grupos organizados de adultos mayores de la comunidad</p>	<p>- Porcentaje de adultos mayores capacitados</p> <p>- Número de Talleres anuales realizados por Polo</p>	<p>DOM: 30%, 2</p> <p>ORE: 50%, - 2</p> <p>VIE: 50%, 1 taller semestral.</p> <p>Reuniones mensuales y 2 asambleas en el año.</p> <p>SVI: 30%, 2</p> <p>RED: 47%, 8</p>	<p>ACTIVIDAD REALIZADA POR EQUIPO DENTAL DEL SECTOR</p>	<p>Registro en planilla praps.</p> <p>Listas de asistencia</p> <p>Cartolas de control</p> <p>Ficha Electrónica</p> <p>Rem 19 y Rem 27</p> <p>Cartolas de control</p>

## PERSPECTIVA DE LOS PROCESOS INTERNOS

### 1. Licitaciones, Compras y Servicios Generales

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
Plan anual de compras	Números de compras canceladas o no ejecutadas / compras totales programadas x 100.	<10%	Planilla de seguimiento de plazos correspondientes a las compras
Programación anual de licitaciones y contratos. Confeccionar bases tipos. Comités de bases especializadas según materia, no más de 3 personas.	Números de licitaciones aprobadas / total de licitaciones del periodo.	100%	Cumplimiento de plazos , sistemas de evaluación según contrato o licitación
Tener un responsable de cada contrato para ordenamiento administrativo y financiero y otro de multas.	Nº de visaciones de Control con alcances / Total de solicitudes de visación x 100 Nº de rechazos de Control / Total de solicitudes de visación x 100	< 25% <5%	Informe de secretaría de Dirección

### 2. Servicios Generales e Inventarios.

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
Anticiparse a las mejoras a realizar en las plantas físicas y bienes muebles. Se realizan contratos de suministros: Ejemplo Limpieza de techos, mantención de estufas, mantención de refrigeradores, mantención de calefont	Licitaciones preventivas y se preparan anualmente.	100%	Seguimiento del estado y conservación de los bienes, evaluación en terreno.
Mantención de equipamiento médico, dental y ginecológico.	Mantención en terreno una vez al mes por la empresa y en las oportunidades que es requerido el servicio.	100%	Seguimiento, cumplimiento de contrato. Recepción conforme del solicitante. Cumplimiento de contrato, multas, evaluación mensual para medidas correctivas.
Reparaciones de equipamiento.	Licitación por Chile compra con respuesta en 20 días hábiles.	90%	Idem 5.E.1
Mantención de servicios clínicos en Domeyko (hidropax, oxígeno, bombas de agua, grupo electrógeno, etc.)	Mantención mensual.	90%	La Directora del CESFAM, mensualmente envía informe de los trabajos realizados.
Mantención preventiva y correctiva, correspondiente a gasfitería, carpintería, cerrajería, otros.	Una vez a la semana asiste a cada polo de acuerdo a calendario existente.	95%	Revisión de minuta a diario, previa firma de conformidad de la encargada de coordinar en los Centros.
Electricidad y otros que no son realizados por el maestro, se licitan por el portal Chile Compra.	Plazo más o menos 20 días hábiles en el portal Chile Compra.	90%	Recepción en terreno de los trabajos realizados.

Urgencias	Solución en 72 hrs.	100%	Supervisión en terreno y revisión de minuta correspondiente.
Mantener actualizado el sistema de inventario, con ingresos de nuevos bienes y rebajar los de baja según resolución.	Sacar un tamaño de muestra de lo que se compra en el año de bienes físicos / placas y lugar de destino	100%	Mantener la hoja de registro de los bienes asociados en cada lugar de los centros de salud y oficina central

### 3. Farmacia

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
6.A.1 Realizar auditorías de stock físico contrastándolo con el registro estadístico-informático.	Concordancia entre el stock físico e informático.	95%	El Encargado de Farmacia de cada centro hará la revisión mensualmente de un porcentaje de los medicamentos y entregará el informe mensual al DP y QF de la Disal.
6.A.2 Mantener un control de las fechas de vencimiento de los medicamentos a través de registros actualizados.	Uso de los fármacos dentro del plazo de vencimiento.	100%	El Encargado de Farmacia de cada centro entregará mensualmente a la DP un informe con los medicamentos por vencer.
6.A.3 Devolver los medicamentos antes de estar a 3 meses de vencimiento.	Devolución antes de estar a 3 meses de vencimiento.	100%	Encargado de Farmacia debe hacer la devolución.
6.A.4 Definir los stocks máximo, mínimo y crítico que cada centro requiere mensualmente, en base al consumo histórico.	Recibir íntegramente el stock solicitado en cada centro.	100%	El Encargado de Farmacia entregará mensualmente a la DP un informe con los stocks recibidos y el cumplimiento.
6.A.5 Entrega oportuna del stock solicitado por cada centro.	Entrega en máximo de 7 días desde el momento de la solicitud.	100%	El Encargado de Farmacia entregará mensualmente a la DP un informe con los tiempos de entrega.
6.A.6 Centralizar el pedido anual de fármacos a la Cenabast para toda la Red, en base al consumo histórico por centro.	Realizar el pedido centralizado en la Dirección de Salud.	100%	El QF de la Disal se encarga de coordinarlo.
6.A.7 Optimizar el uso de los stocks de farmacia en cada centro.	N° de días funcionando con stock crítico / N° días funcionando en el año. Por Polo	0%	El Encargado de Farmacia de cada centro reporta mensualmente al director de polo.
6.B.1 Cumplimiento de protocolos de tratamiento de patologías GES (por ej. esquema y dosis), a través de auditorías de FCE. En una segunda etapa se podrán agregar otras patologías.	Cumplimiento de protocolos GES por parte de los médicos.	90%	El Asesor Médico en conjunto con el QF entregarán un informe cada 3 meses al Comité de Farmacia.
6.B.2 Generar un registro público de medicamentos controlados.	Registro listo a Diciembre 2010.	100%	QF de la DISAL hace público el registro.
6.B.3 Informar y protocolizar la notificación de reacciones adversas y errores en la entrega de medicamentos.	Informativo y formulario de notificación de reacciones adversas en cada centro en Marzo 2011.	100%	QF de la DISAL confecciona y divulga Informativo y formulario.
6.B.4 Reporte de calidad de medicamentos (de aspecto, clínicos y mecánicos).	Informativo y formulario de notificación calidad en cada centro en Marzo 2011.	100%	QF de la DISAL confecciona y divulga Informativo y formulario.
6.B.5 Generar estrategias para disminuir los errores en la entrega de medicamentos.	Tener un plan de estrategias para reducir los errores en Marzo 2011.	100%	QF de la DISAL con Comité de Farmacia confecciona y divulga plan de estrategias.

6.B.6 Seguir el uso racional de fármacos e insumos en la Red.	Cuantificación mensual de: - N° de recetas por consulta en cada centro. - N° de prescripciones por receta en cada centro. - Cuantificación de los exámenes con resultado normal.	100%	QF de la DISAL realiza los estudios de seguimiento y entrega mensualmente informe al Comité de Farmacia.
6.C.1 Tener un procedimiento de compra que asegure durabilidad de los medicamentos.	Comprar medicamentos con fecha de vencimiento mayor a 1 año.	100%	QF de la DISAL realiza un registro de cada proceso de compra.
6.C.2 Tener un contrato de suministro que funcione en caso de falta de cumplimiento de CENABAST.	Compra dentro del período de reposición del fármaco en cuestión (30 días).	100%	QF en coordinación con Jefe de Departamento de Adquisiciones.

#### 4. Academia e Investigación

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
7.A.1 Definir un encargado de Docencia e Investigación (EDI) de la Red.	Elección del Encargado de Docencia e Investigación en Noviembre 2010.	100%	Notificación en reunión con Directores de Polo de la designación del EDI.
7.A.2 Hacer un diagnóstico de las posibilidades reales para ofrecer a la Red de Salud de Santiago como Campus Clínico considerando la evaluación del recurso físico y humano existente en la Red.	Plazo de 3 meses para la entrega del diagnóstico dentro del 2011.	100%	Informe del Coordinador o Comité Académico a cargo del diagnóstico.
7.A.3 Desarrollar un trabajo docente-asistencial estable en la Red, a través de convenios a largo plazo y con intercambio de beneficios entre ambas partes.	Tener ratificado, ordenado y/o establecido un Convenio Docente-Asistencial con uno o más centros formadores a Marzo 2011.	100%	Convenio firmado.
7.B.1 Elaborar un Marco Regulador que facilite y estimule el desarrollo de la investigación.	Confección del Marco Regulador por parte del Comité o grupo de profesionales que apoyen al Encargado de Docencia a Marzo 2011.	100%	Entrega del Marco Regulador a la Dirección de Salud.
7.B.2 Crear un medio de comunicación sobre temas relacionados a investigación.	Sección estable en cada Boletín de Comunicaciones.	100%	Revisión de cada Boletín.
7.B.3 Publicaciones.	1 publicación anual.	100%	El EDI informa a la Red del cumplimiento de la publicación.
7.B.4 Presentación en Congresos.	4 Presentaciones anuales en Congresos Nacionales, una por cada Polo de desarrollo.	100%	El EDI informa a la Red sobre los resultados de las presentaciones a través del Boletín interno de la Red de Salud.

## 5. Relaciones Públicas y Comunicaciones

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
8.A.1 Reunión con cada uno de los polos dando a conocer la nueva política comunicacional.	Reuniones (polos y Oficina Central) realizadas a lo largo de 1 o 2 semanas.	5	Encargado(a) de comunicación de la red de salud entrega informe escrito de las reuniones.
8.A.2 Crear mail institucional a todos los funcionarios, o en su defecto, hacer catastro de los mails de todos los funcionarios de la Red.	Mail individual para cada funcionario Catastro por cada polo y oficina central.	100%	Encargado(a) de comunicación con ayuda de RRHH y directoras de polo, entrega informe a la Dirección de Salud.
8.B.1 Realizar un concurso para diseñar un logo de la dirección de salud, el cual esté presente en todas las herramientas comunicacionales que se vayan a usar.	Concurso con jurado compuesto por un artista, un representante de la comunidad y un funcionario de la red.	1	Encargado(a) de comunicación organiza concurso y envía logo a todos los funcionarios para que lo conozcan.
8.C.1 Crear un Boletín digital mensual, en donde se resuman todas las actividades y noticias generadas en el período en toda la Red.	Boletín diseñado, redactado y enviado por correo a todos los funcionarios de la Red.	100%	Encargado(a) comunicación boletín efectivamente enviado en el tiempo correspondiente. Periodicidad: mensual.
8.C.2 Hacer informativo digital, con una periodicidad según necesidad, en donde se entregue información breve acerca de un tema relevante necesario de hacer conocido en un momento determinado.	Informe digital diseñado	100%	Encargado(a) de comunicación.
8.C.3 Formar un comité editorial en donde participen los referentes de RRPP de cada polo, la Directora de la Dirección de Salud, encargado(a) comunicaciones.	Comité formado y sesionando	100%	Responsable: Directora, encargado(a) de Comunicación, directoras de polo.
8.D.1 Encargar el diseño del modelo de Proyecto biblioteca virtual.	Diseño del modelo de biblioteca virtual	100%	Encargado(a) comunicación en colaboración con Informática presentan el diseño aprobado y entregado.
8.D.2 Recopilar material que ya pueda existir y clasificarlo para poder "subirlo" a la biblioteca virtual	Material inicial recopilado	100%	Responsable: Comité editorial entrega reporte que informe cada vez que hay nuevos títulos a disposición.
8.D.3 Hacer manuales corporativos de la red de salud y de procedimientos de los diferentes departamentos que conforman la Dirección de Salud.	Manuales confeccionados	100%	Directora, jefes de departamentos y encargado(a) de comunicación, directoras de polo, comisión biblioteca se distribuyen los manuales.
8.D.4 Hacer una jornada, congreso, seminario o reunión ampliada en donde se profundice en uno o más temas de interés para toda la red de salud.	Una vez al año idealmente en el mes de Noviembre.	100%	Responsable: directoras de polo, profesionales y Red en general.
Mejorar las respuestas que Dirección de Salud entrega a las peticiones de los funcionarios, ya sea en persona o vía escrita.	Nº de respuestas entregada/Nº de sugerencias o reclamos recibidas durante el mes.	100%	Responsable: Directora de salud, jefe RRHH.

## 6. Comunicación Externa

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
Enviar artículos, información y material visual a Depto. de comunicaciones del S.S.M.C de las actividades o acontecimientos que suceden o se desarrollan en la Red de Salud, para que ellos lo incluyan en su boletín mensual.	Mensualmente	100%	Encargado(a) comunicación de la Dirección de Salud.
Enviar artículos relacionados con salud que para la Red sean interesante que la comunidad conozca través de la revista municipal.	Mensualmente	100%	Encargado(a) comunicación de la Dirección de Salud, asesorado por Comité Editorial.
Enviar boletín digital al alcalde, concejales y directores de departamentos del Municipio, así como al SSMC, informando de las actividades realizadas en la Red de Salud Municipal de Santiago.	Mensualmente	100%	Encargado(a) comunicación de la Dirección de Salud.

## PERSPECTIVA DE LAS CAPACIDADES

Son los recursos internos con los que cuenta la institución para cumplir con las tareas y metas, tanto impuestas como auto-definidas. Talento Colectivo, Cultura Organizacional y Gestión de la Información

### 1. Talento Colectivo

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
1.A.1 Elaborar un manual de selección del personal donde se especifique el procedimiento a seguir (ficha profisiográfica, fuentes de reclutamiento interna y externa, decretos municipales, etc.)	N° funcionarios que se aplico procedimiento de selección de personal / total de funcionarios contratados x 100	100%	Formularios de reclutamiento y selección
1.A.2 Escribir un manual de deberes y derechos de los funcionarios de la Red.	Manual (formato digital) listo	100%	Presentación de Manual a la Disal.
1.B.1 Perfeccionar reglamento interno de capacitación de los funcionarios en relación a la ley vigente y plan estratégico.	Reglamento	100%	Reglamento aprobado por el Concejo Municipal
1.B.2 Creación y sistematización del Comité Bipartito representativo a la totalidad de los funcionarios.	Comité Bipartito formalizado con plan de trabajo anual.	100%	Actas de funcionamiento del Comité Bipartito.

1.B.3 Reglamento de capacitación de la dirección de salud aprobado por los funcionarios	N° de funcionarios que aprobaron el reglamento de capacitación / total de funcionarios x100	75%	Acta de votación de aprobación del reglamento de capacitación
1.B.4 Entregar Reglamento de capacitación a todos los funcionarios de la Red.	N° de funcionarios tiene acceso al reglamento interno de capacitación / N° total de funcionarios x 100	100%	Listado de firmas del personal con el reglamento entregado.
1.B.5 Otorgar capacitación a todos los funcionarios de acuerdo a la ley.	N° de funcionarios con 40 horas de capacitación anual/N° total de funcionarios x 100 (evaluación trimestral)		Informe de gestión de RRHH
1.B.6 Detección de necesidades de capacitación de los funcionarios a través de una encuesta.	N° de funcionarios encuestados al 31/12/10 / N° total de funcionarios	90%	Actas de tabulación y análisis.
1.B.7 Elaborar catálogo de cursos por áreas y/o puestos.	Catálogo de cursos	100%	Entrega de catálogo a Directoras de Polo.
1.B.8 Selección de cursos entregados por los diferentes oferentes del mercado (oferentes del servicio, ACHS, universidades, de acuerdo a prioridades técnicas.)	N° de cursos tomados / N° de cursos ofrecidos por el mercado		
1.B.9 Archivo actualizado de capacitación por funcionario según ley vigente.	Actualización mensual de archivo de capacitación funcionaria	100%	
1.B.10 Coordinar con el servicio de salud, para mejorar la entrega de certificados de cursos realizados.	N° de certificados hasta los 30 días de efectuado el curso / N° de capacitaciones realizadas.	100%	Memos de recepción d los certificados por parte del servicio de salud
1.B.11 Diseñar y aplicar encuesta de satisfacción funcionaria con la capacitación.	N° de funcionarios encuestados que participaron en capacitación / N° de funcionarios que participaron en capacitación	100%	Acta comité bipartito
1.C.1 Sitio Web con información de capacitaciones (calendario, características, etc.)	Página web lista	100%	Presentación de página web
1.C.2 Sistema informático de carrera funcionaria del personal.	N° de funcionarios con carrera en sistema informático /Total de funcionarios	100%	Página web.

## 2. Cultura Organizacional

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
2.A.1 Realizar un diagnostico de Clima Laboral en la Red con un instrumento adecuado para dicho fin.	N° de funcionarios que participan en la evaluación / N° de funcionarios en la Red	80%	Informe con resultados del diagnóstico a la Directora y Directoras de Polo.

2.A.2 Implementar las “tardes saludables” (Tarde de Salud Mental) por Polo y evaluar la percepción de los funcionarios.	- N° de tardes saludables ejecutadas por Polo / N° de tardes saludables programadas por Polo - N° de funcionarios por Polo asistentes / N° total de funcionarios por Polo - Promedio de notas de la evaluación.	- 100% - 90% - > 5	Libro de asistencia y entrega de notas.
2.A.3 Constituir los Comités Paritarios según la ley vigente.	N° de Comités Paritarios por Polo / N° de Polos	100%	Acta de constitución y reuniones.
2.A.4 Implementar las “pausas saludables” durante la jornada laboral mayor a 5 horas en un día.	N° de pausas saludables registradas / N° de pausas saludables disponibles al mes	90%	REM
2.B.1 Premio a los 20 años de Antigüedad y de Trayectoria.	N° de funcionarios con 20 años de antigüedad premiados / N° de funcionarios con 20 años de antigüedad	100%	Premiación pública.
2.B.2 Mensualmente se reconoce, dado un logro o valor definido, a un equipo, estación, funcionario, etc.	N° de premios mensuales / N° de meses	100%	Premiación pública vía boletín informativo.
2.B.3 Creación de un incentivo por el cumplimiento de las metas definidas en el Plan Estratégico de Salud Comunal 2011.	N° de equipos que cumplen las metas y reciben incentivo durante el 2011 / N° de equipos que cumplen las metas durante el 2011	100%	Recibimiento del incentivo.
2.C.1 Realizar en un horario fijo una reunión semanal en cada equipo de los centros de salud.	N° de reuniones semanales por equipo / N° de semanas en el periodo	90%	REM
2.C.2 Llevar a cabo actividades que potencien y faciliten el trabajo en equipo en los centros de salud.	Realizar al menos 1 actividad en cada centro al semestre.	2 al año	Informe de cada centro a su directora de Polo.

### 3. Gestión de la Información

Tareas / Iniciativas	Indicadores	Metas	Mecanismos de Evaluación
3.A.1 Diseñar e implementar un sistema de registro, procesamiento y análisis de los datos, acorde a nuestras necesidades.	N° de sistemas implementados / N° de necesidades de información	100%	Carta Gantt
3.A.2 Normar todos los procesos que alimenten nuestras fuentes de información.	N° sistemas normados / N° de sistemas implementados	100%	Archivo de Normas de registro
3.A.3 Organizar los datos de manera que permita un fácil acceso y uso de ella e implementar un sistema de información hacia los miembros de la red respecto a resultados y análisis de resultados que se generen	N° de fuentes de datos publicadas	100%	Datos en página web

3.A.4 Implementar mecanismos de auditoría interna para velar por la veracidad de los datos.	Nº de auditorías realizadas	100%	Informe auditorías
Capacitar a las personas en el uso de las herramientas que se requieren para extraer la información, externa e interna, necesaria para la Toma de Decisiones.	Nº de capacitaciones realizadas	100% sistemas implementados	Calendario de reuniones

---

## G. Dotación Personal

## ANTECEDENTES

### 1. Población beneficiaria.

Al segundo Corte FONASA de 2010, la Comuna de Santiago presenta la siguiente cantidad de Población Inscrita validada:

Polo	Población Validada
Ignacio Domeyko	48.477
Padre Orellana	18.496
Benjamín Viel	17.615
San Vicente	13.418
<b>Total Red</b>	<b>98.006</b>

Cabe destacar que, desde hace una década ha existido un aumento progresivo de la población, con una cifra inicial de 13.316 personas, y en el último año hubo un aumento de 1.568 inscritos.

### 2. Normativa del Ministerio de Salud

Los siguientes son los coeficientes técnicos para el cálculo de 44 horas destinadas a atención clínica según profesional:

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

Es importante señalar que estos parámetros, dado el modelo actual, son insuficientes para atender la demanda real de la población beneficiaria, especialmente en el área psicosocial.

### 3. Estructura Organizacional

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

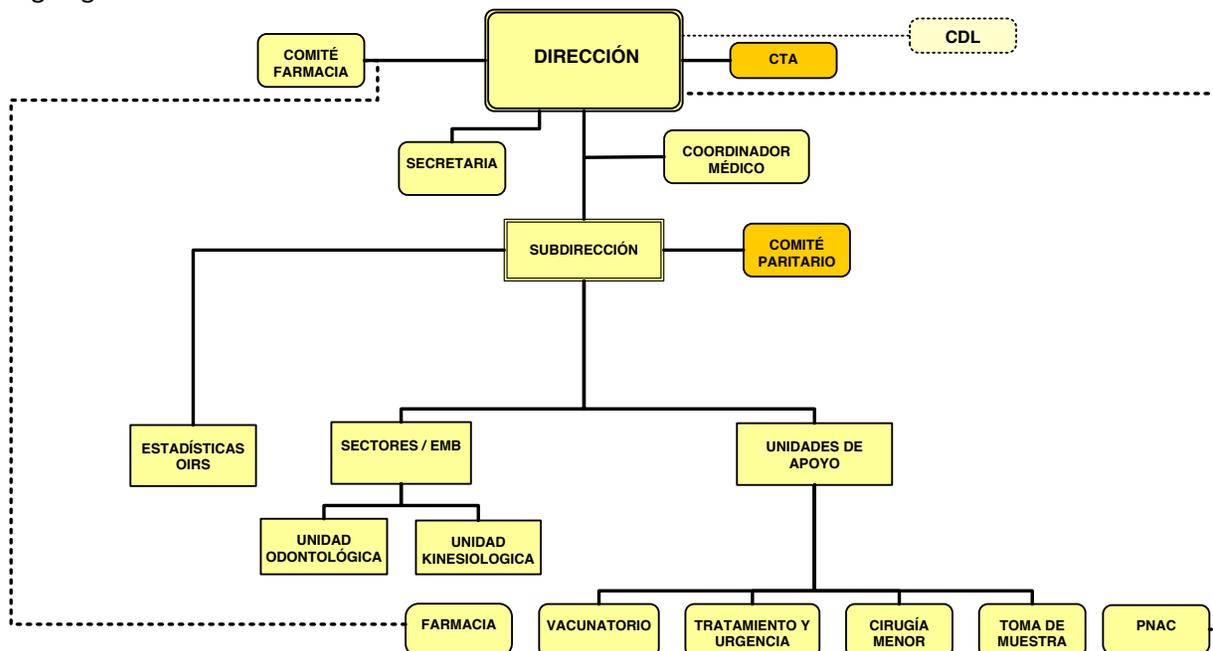


Figura 33: Estructura organizacional interna de los centros de salud

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

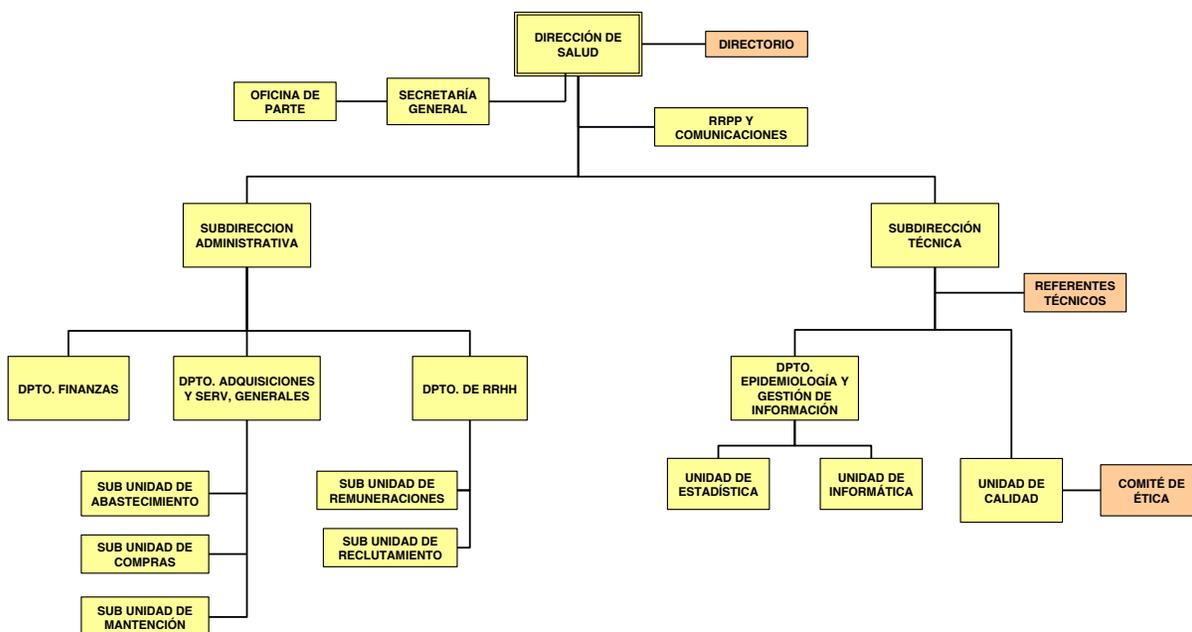


Figura 34: Estructura organizacional de la Dirección de Salud

#### 4. Establecimientos de la Red de Salud

POLO DOMEYKO	POLO SAN VICENTE	POLO BENJAMIN VIEL	POLO ORELLANA
CESFAM Domeyko	CES San Vicente	CES Benjamín Viel	CES P. Orellana
EMB Balmaceda	EMB Arauco	EMB Carol Urzua	EMB Davila Larrain
EMB Brasil	EMB Pedro Montt	EMB San Emilio	EMB Coquimbo
EMB Concha Y Toro		EMB Sargento Aldea	EMB Gacitua
EMB Donofrio			EMB San Borja
EMB Parque Forestal			

#### DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA 2012

INGRESOS		
CUENTA	DENOMINACION	MONTO
05.03.006.001.001	Subvención Per Cápita (98.000 inscritos valor per cápita basal de \$ 2.743, reajustado en un 10 % de acuerdo al incremento promedio de los últimos 4 años y considerando que un 18,26% de los inscritos son adultos mayores (proyección 2011), con un valor per cápita x adulto mayor de 65 años de \$ 466, reajustado en un 4 % de acuerdo al incremento promedio de los últimos 4 años	3.652.416.394
05.03.006.001.002	Otras Subvenciones	957.637.004
05.03.101.001	Déficit Operacional (Aporte Municipal)	3.000.000.000
08.01	Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Médicas	144.402.693
08.02	Multas y Sanciones Pecuniarias	20.000.000
08.99	Otros	25.000.000
15	Saldo Inicial de Caja	489.666.325
	<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>8.289.122.415</b>

GASTOS		
CUENTA	DENOMINACION	MONTO
	<b>Acreedores Presupuestarios</b>	
<b>21</b>	<b>C x P Gastos en Personal</b>	<b>5.748.741.611</b>
21.01	Personal de Planta	3.237.085.802
21.02	Personal a Contrata	2.387.655.809
21.03	Otras Remuneraciones	124.000.000
<b>22</b>	<b>C x P Bienes y Servicios de Consumo</b>	<b>2.001.029.215</b>
22.01	Alimentos y Bebidas	12.000.000
22.02	Textiles, Vestuario y Calzado	40.000.000

22.03	Combustibles y Lubricantes	6.617.120
22.04	Materiales de Uso o Consumo	607.570.535
22.05	Servicios Básicos	238.630.560
22.06	Mantenimiento y Reparaciones	100.000.000
22.07	Publicidad y Difusión	27.000.000
22.08	Servicios Generales	802.076.000
22.09	Arriendos	127.900.000
22.10	Servicios Financieros y de Seguros	35.000
22.11	Servicios Técnicos y Profesionales	30.000.000
22.12	Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	9.200.000
<b>23</b>	<b>C x P Prestaciones de Seguridad Social</b>	<b>40.000.000</b>
23.01	Prestaciones Previsionales	40.000.000
<b>29</b>	<b>C x P Adquisición de Activos no Financieros</b>	<b>187.965.000</b>
29.04.001	Mobiliario para oficinas	40.000.000
29.05.001	Máquinas y Equipos de Oficina	20.000.000
29.05.002	Maquinarias y Equipos para la Producción	40.000.000
29.05.999	Otras	
29.06.001	Equipos Computacionales y Periféricos	50.000.000
29.06.002	Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas	5.310.000
29.07.002	Sistemas de Información	30.000.000
29.99.001	Otros Activos no Financieros - Varios	2.655.000
<b>31</b>	<b>C x P Iniciativas de Inversión</b>	<b>0</b>
31.02	Proyectos	0
<b>34</b>	<b>C x P Servicio de la Deuda</b>	<b>311.386.590</b>
34.07	Deuda Flotante	311.386.590
34.07.001	Deuda Flotante	311.386.590
	<b>TOTAL GASTOS PROYECTADOS 2012</b>	<b>8.289.122.415</b>

El aumento de dotación experimentada en el transcurso del periodo 2011, se debe a la **implementación de nuevos convenios** y al traspaso de funcionarios, que aún mantenían un contrato bajo la normativa de código del trabajo, al estatuto de atención primaria (ley 19.378). Asimismo se hacía imprescindible la incorporación de estafetas (para los polos B. Viel, San Vicente, y Orellana), dado que estas funciones eran ejercidas por personal ajeno a nuestra red de salud, que por su régimen jurídico no tienen responsabilidad administrativa. Finalmente, también se justifica el incremento producto de la contratación de personal para poner en operación las ambulancias donadas por el GORE.

Los convenios a que se hace mención en el párrafo anterior, se enumeran a continuación:

- UAPO.
- COSAM.
- BECAS ESPECIALIDAD.
- MÉDICOS ESPECIALISTAS.
- CHILE CRECE CONTIGO.
- JUNAEB.
- CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS (ESCUELA PANAMÁ, ESCUELA ALESSANDRI).

Es necesario señalar que cada uno de estos convenios, generará ingresos de recursos a nuestra dirección, por lo que el gasto resultará reintegrado durante el año 2012, por ello se ha reconocido tanto este gasto en recursos humanos, como su respectivo ingreso (en el ítem 05.03.06.001.002).

## DOTACIÓN 2012

Dotación de funcionarios de la Red de Salud, año 2012 por categorías funcionarias

CATEGORIAS	CARGO	Horas Semanales Dotación aprobada 2011	2012 Dotación Requerida Per Cápita	Horas Semanales Dotación 2012 propuesta
CATEGORIA "A"	DIRECTORA	44	88	88
	Subdirector	198	44	44
	Médicos	1.253	1.262	1.617
	Médicos Especialistas	88	264	341
	Dentistas	451	868	539
	Químico	44	44	88
<b>TOTAL CATEGORIA "A"</b>		<b>2.078</b>	<b>2.570</b>	<b>2.717</b>
CATEGORIA "B"	Directora	198	176	176
	Enfermera	1.265	1.240	1.309
	Matrona	715	723	723
	Nutricionista	462	482	484
	Kinesiología	484	482	528
	Trabajador Social	550	572	704
	Profesor	181	157	176
	Tecnólogo Médico	44	44	44
	Psicólogos	649	572	779
	Educadora de Párvulos	66	44	66
	Fonoaudióloga	44	33	44
	Otros Profesionales	748	616	572
<b>TOTAL CATEGORIA "B"</b>		<b>5.406</b>	<b>5.141</b>	<b>5.605</b>
CATEGORIA "C"	Técnicos de Nivel Superior	3.432	3.542	3.674
	<b>TOTAL CATEGORIA "C"</b>	<b>3.432</b>	<b>3.542</b>	<b>3.674</b>
CATEGORIA "D"	Auxiliar Paramédico en Enfermería	407	418	660
	<b>TOTAL CATEGORIA "D"</b>	<b>407</b>	<b>418</b>	<b>660</b>
CATEGORIA "E"	Administrativos de Salud	2.024	1.034	1.892
	<b>TOTAL CATEGORIA "E"</b>	<b>2.024</b>	<b>1.034</b>	<b>1.892</b>
CATEGORIA "F"	Auxiliares servicios de salud	220	374	484
	CHOFER	132	176	176
	<b>TOTAL CATEGORIA "F"</b>	<b>352</b>	<b>550</b>	<b>660</b>
<b>TOTAL HORAS SEMANALES</b>		<b>13.699</b>	<b>13.255</b>	<b>15.208</b>

---

## H. Plan de Capacitación

## PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL.

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

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

Siguiendo este enfoque, basado en Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud, se han definido nueve áreas específicas de intervención:

- Lineamiento 1:** Fortalecer la instalación del nuevo Modelo de Atención.
- Lineamiento 2:** Desarrollar el Modelo de la Gestión en Red Local.
- Lineamiento 3:** Fortalecer el Sistema GES.
- Lineamiento 4:** Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.
- Lineamiento 5:** Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.
- Lineamiento 6:** Incorporar Tecnologías de Información y Comunicación.
- Lineamiento 7:** Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera.
- Lineamiento 8:** Mejorar la Gestión de las personas.
- Lineamiento 9:** Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes.

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

- Actividades formales del Servicio de Salud Metropolitano Central SSMC.
- Asociación Chilena de Seguridad ACHS y otros organismos privados de salud.
- Ministerio de Salud MINSAL, a través de Pasantías Nacionales e Internacionales.
- Ministerio de Salud MINSAL, a través de Instituciones Externas.
- Plan Anual de Capacitación PAC Comunal.
- Capacitaciones de Carácter voluntario, que guardan relación al PAC.
- Universidades.
- Organismos técnicos de Capacitación con experiencia en el ámbito de la Salud Pública OTEC.
- Secretaría Regional Ministerial de Salud SEREMI.

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

- ✓ Elaborar Programa Anual de Trabajo.
- ✓ Proveer los Lineamientos Estratégicos y políticos de capacitación definida.
- ✓ Analizar resultados de la Capacitación.
- ✓ Continuar con los desafíos en la implementación y consolidación de los objetivos planteados el año 2011:
- ✓ La incorporación en la Unidad de Recurso Humano de la Subunidad de Reclutamiento y Selección de personal, la que tiene por misión reclutar al futuro personal en base a un perfil determinado según áreas por competencias.
- ✓ Conformar una base de datos con los funcionarios ya seleccionados, para dar respuestas en forma inmediata a situaciones emergentes.
- ✓ La creación de la subunidad de capacitación.
- ✓ Sancionar y validar el reglamento Interno de capacitación Comunal.
- ✓ Modificar el reglamento Interno para Funcionarios de Atención Primaria de la Dirección de Salud.

A continuación se presenta la encuesta de detección de necesidades, realizada a los funcionarios de la Red

ENCUESTA 2011	
SELECCIONA DOS LINEAMIENTOS A CAPACITAR IDENTIFICANDO DOS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA POR CADA LINEAMIENTO	
DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	
CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE	
POLO	SECTOR/ EMB

## LINEAMIENTOS

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

<b>CALIDAD EN ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO</b>	
Orientado hacia el mejoramiento de la calidad de atención y nivel de satisfacción usuaria, respecto a la atención de salud proporcionada por los establecimientos de la red.	
MANEJO DE CONFLICTOS	
RECONOCIMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL BUEN TRATO	
DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y FUNCIONARIOS	
EDUCACIÓN AL USUARIO	
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL FUNCIONARIO</b>	
Generar estrategias de desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria, se relaciona directamente con los temas estratégicos del Plan un buen trato, tratémonos bien y el código de buenas prácticas laborales.	
Jornada técnico profesional y de autocuidado	
<b>TECNOLOGÍA</b>	
Incorporación de Tecnología y aplicación de estadística básica.	
MANEJO DE SISTEMAS COMPUTACIONALES A NIVEL DE USUARIO: BASICO , INTERMEDIO, AVANSADO	
APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE ESTADISTICAS BASICA	
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACION	

<b>GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA</b>	
Mantenimiento de la infraestructura y equipamiento. Mejoramiento de la gestión de todos los procesos administrativos y financieros de la institución.	
GESTION DE RECURSOS FISICOS Y FINANCIEROS	
CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL	
MANEJO DE SERVICIOS GENERALES	
<b>RESOLUTIVIDAD APS</b>	
Protocolos estándares de acción ante diversas situaciones provocadas por desastres naturales o accidentes	
Reanimación básica	
TRIAGE	
<b>OTROS</b>	
Señale temas y áreas de capacitación que mejorarían aún más su desempeño laboral	

**1. PROGRAMA CAPACITACION 2012 DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO A PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378).**

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO		
						A (Médicos, Odont, QF,et c.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)						TOTAL	ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
1	LE N° 1: FORTALECER LA INSTALACION DEL NUEVO MODELO DE ATENCION.( Énfasis en el modelo de atención en Salud Familiar)	1	PROMOCION Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	Los Participantes del equipo de salud de la comuna de Santiago, conozcan y apliquen las herramientas sobre el plan de Promoción en Salud, las prioridades, las metas nacionales y comunalmente.	Facilitar el apoyo de las intervenciones y estrategias promocionales individuales, familiares y comunitarias.		5	10	5	5	5	30	POR DEFINIR	Primer Semestre del año 2012	40	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	160.000	4800000
3		2	ACTUALIZACION EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR BASICO	Los participantes del equipo de Salud de Santiago, apliquen, y practiquen los elementos básicos de Salud Familiar, con un enfoque salud integral centrado en la familia y su entorno. (Biopsicosocial )	Facilitar la acreditación de los centros de Salud, en CESFAM, y la instalación del modelo, en nuestros Centros de Salud.		10	15	15	10	5	55	POR DEFINIR	Primer Semestre del año 2012	49	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	196.000	9,800,000
4		3	SALUD FAMILIAR INTERMEDIO INTERVENCIÓN EN CRISIS	Se espera que al termino del curso los alumnos, logren manejar herramientas para el trabajo con familiar desde una perspectiva integral. Proponer estrategias de intervención en los problemas de salud con un enfoque familiar. Identificar y desarrollar destrezas instrumentales personales y de equipo para el enfrentamiento de situaciones de crisis.	Proporcionar a los equipos multidisciplinarios de Atención Primaria formación en salud familiar e intervención en crisis, incorporando herramientas necesarias para consolidación del Modelo de Salud Familiar en los establecimientos de Atención Primaria.	20	20					40	POR DEFINIR	SEGUNDO SEMESTRE DEL 2007	40	DISAL	Mediano y largo plazo	160.000	6,400,000
5		4	CURSO BÁSICO INTERVENCIÓN	El equipo de salud, apliquen los conoci-	Mejoramiento en la pesquisa y	5	5						10	POR DEFINIR	Primer Se-	30	DISAL	Corto Plazo	120.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
	LLAR EL MODELO DE GESTION EN RED		PSICOSOCIAL PARA SDA, EPILEPSIA, Y VIOLENCIA.	mientos y destrezas en la intervención Psicosocial, reconociendo los factores protectores psicosociales, y ser capaces de articular la red.	atención de los pacientes que presentan problemas de Síndrome de Déficit Atencional, Epilepsia, y Violencia, optimizando los recursos de la red.								mestre del año 2012						
7	LE N°4 MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	5	ACTUALIZACION PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION. ( PAI ).	Los participantes del equipo de Salud, sean capaces de conocer los criterios de suspensión de vacunas, sus reacciones adversas y los protocolos vigentes de manejo, y control de brotes para las distintas enfermedades inmunoprevenibles contenidos en el programa.	Evitar brotes de enfermedades inmunoprevenibles y aumentar la adherencia del Programa Ampliado de Inmunización.		10	5	5			20	POR DEFINIR	SEGUNDO SEMESTRE DEL 2012	16	DISAL	Corto Plazo	64.000	1,280,000
8		6	ACTUALIZACION EN PROCEDIMIENTOS BASICOS DE ENFERMERIA,	Los participantes del Equipo de Salud incorporen conocimientos actualizados y fortalezcan sus habilidades en los procedimientos básicos de Enfermería.	Mejoramiento de las Técnicas Básicas de Enfermería, fortaleciendo la capacidad resolutoria de la Atención primaria de salud.				5	15		20	POR DEFINIR	SEGUNDO SEMESTRE DEL 2012	11	DISAL	Mediano plazo	44.000	880000
10		7	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA	Los participantes del equipo de Salud de Santiago, aprenderán y aplicaran los conceptos básicos de Electrocardiograma. Aprenderán a utilizar el electrocardiógrafo. Reconocerán interferencias en el trazado electrocardiográfico y la forma de solucionarlos. Y Compre-	Adquirir las competencias necesarias en el manejo, mantenimiento e interpretación básico de los electrocardiogramas, fortaleciendo la calidad técnica de la atención.				10	20		30	POR DEFINIR	SEGUNDO SEMESTRE DEL 2012	13	DISAL	Corto Plazo	52.000	1560000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				derán la importancia de un buen trazado , los cuidados y la mantención del equipo, y sus accesorios.															
11		8	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE FARMACIA	Los funcionarios de la Red de salud de Santiago, quienes trabajan directamente en la entrega de medicamentos, adquirirán las herramientas y destrezas necesarias para desarrollarse en forma eficiente y eficaz desde el punto de vista técnico profesional en su área de competencia.	Mejorar el nivel de conocimientos técnico administrativos en la entrega de medicamentos			20	20			40	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2011	40	DISAL	Corto Plazo	160.000	6400000
12		9	ACTUALIZACION EN BODEGAJE	Al finalizar el curso los participantes podrán perfeccionar los métodos de organización de almacenamiento, mejorar los ya existentes y operarlos eficientemente.	Mejorar los procesos internos en la recepción de la mercadería, control, documentación, comunicación interna, administrativas, organizacionales, e inventarios.			5	5	5	5	20	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2012	20	DISAL	Corto Plazo	80.000	1600000
13		10	ACTUALIZACION EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL. MANEJO DEL ESTRÉS, HERRAMIENTAS DE CONTENCIÓN, RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y AUTOCUIDADO.	Los funcionarios de la Red de Salud de Santiago, adquirirán herramientas necesarias para la resolución y manejo de conflictos en situación de estrés	Mejorar el clima laboral, el autocuidado la efectividad en las situaciones de estrés.			10	10	10	5	35	POR DEFINIR	PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE 2012	20	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	80.000	2800000
14		11	REANIMACION	Difundir conocimientos	Este curso de RCP	4	4	4				12	POR	PRI-	40	DISAL	Corto	48.000	576000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO		
						A (Médicos, Odont, QF, et c.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)						TOTAL	ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
			CARDIOPULMONAR BASICA	tos actualizados en soporte Vital Básico y reanimación Cardio Pulmonar	básico y primeros auxilios permite conocer técnicas para salvar una vida en cualquier momento , los funcionarios de salud estarán capacitados								DEFINIR	MER Y SEGUNDO SEMES MESTRE 2012		y Mediano Plazo.			
15		12	ACTUALIZACION EN MEDIDAS DE CONTROL Y GESTION INTERNO	Entregar los conocimientos de control interno, las políticas, autorización, ejecución, anotación, contabilización, los procedimientos análisis y evacuación de la información en forma eficiente.	Realizar un trabajo con los estándares de control y calidad acorde a		4	4	4			12	POR DEFINIR	PRIMER Y SEGUNDO SEMES MESTRE 2012	40	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	48.000	576000
		13	INTERVENCION EN CRISIS	Entregar a los funcionarios herramientas teóricas y prácticas que le permitan realizar intervenciones en crisis desde su quehacer profesional acorde a las necesidades de los pacientes y del rol institucional que desempeñan. Establecer con claridad cuál es el objetivo general de la actividad, en términos tales, que permita comprender los alcances y logros para los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el concepto de crisis y de eventos traumáticos</li> <li>• Conocer y distinguir los principales cuadros psiquiátricos asociados a situaciones de crisis circunstanciales</li> <li>• Conocer los esquemas de tratamiento farmacológico más efectivos.</li> <li>•</li> </ul>			16				16		PRIMER SEMESTRE	30	DISAL	Corto Plazo	120.000	1920000
16		14	CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL	Proporcionar a los Funcionarios conocimientos teóricos y prácticos sobre la normativa contable y	Mejorar la información contable y presupuestaria para efectos de planificación y		2					2	POR DEFINIR	PRIMER Y SEGUNDO	30	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	120.000	240000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				presupuestaria a través del análisis y contabilización de transacciones propias de la gestión del Sector Municipal.	control.								SEMESTRE						
17	LE. Nº 5 GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA.	15	JORNADA TECNICO PROFESIONAL Y DE AUTO CUIDADO.	Los funcionarios de la red de salud de Santiago, a través de la reflexión, trabajo en equipo, y técnicas de identificación de conflictos, podrán analizar, y resolver los problemas emergentes.	Fortalecer el trabajo en equipo, mejorar el nivel técnico Profesional y clima laboral.	61	109	70	17	26	5	288	POR DEFINIR	SEGUNDO SEMESTRE	12	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	48.000	13872000
18		16	MANEJO Y RESOLUCION DE CONFLICTOS:	Al término del curso, los participantes estarán en condiciones de manejar adecuadamente los conflictos, controlando las emociones negativas, disminuyendo la agresión y la ira, dominando el mal genio y, aumentando los niveles de tolerancia.	Reconocer estrategias equivocadas y adecuadamente en la solución de problemas. Conocer y aplicar los conceptos de negociación y mediación. Conocer las diferencias existentes entre los distintos canales de comunicación. Conocer y aplicar diferentes herramientas comunicacionales. Distinguir entre estrategias internas y externas, para la resolución de conflictos. Identificar las situaciones provocadoras de conflictos y las consecuencias de éstos.	10	21	2	28	13	2	76	POR DEFINIR	PRIMERO Y SEGUNDO SEMESTRE 2012	28	DISAL	Corto y Mediano Plazo.	112.000	8512000
19		LE. Nº 7. DESARRO-	17	ADMINISTRACION DEL RE-	Los funcionarios que ejercen cargos direc-	Mejorar la gestión en la administra-		14					14	POR DEFINIR	SEGUN-	24	DISAL	Corto y	96.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
	LLAR LA GESTION ADMNISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA.		CURSO HUMANO	tivos, sean capaces de administrar eficientemente el Recurso Humano, y detectar áreas críticas de gestión logística del establecimiento.	ción del personal, disminuir el ausentismo laboral, fortalecer el clima laboral y el trabajo en equipo, y mantener la infraestructura adecuada del establecimiento.									DO SEMES MESTRE DEL 2012		Mediano Plazo.			
20		18	MANEJO EN TECNICAS DE SELECCIÓN DE PERSONAL	El personal a cargo de los procesos de selección adquirirán las herramientas necesarias para aplicar técnicas de selección por competencias y test de evaluación a los futuros funcionarios que formaran parte de la red de Salud de Santiago.	Mejorar los procesos de selección, acorde a las habilidades y destrezas necesarias según áreas de competencia.		3					3	POR DEFINIR	PRI-MERO Y SEGUN DO SEMES TRE 2012	100	DISAL	Corto, mediano y largo plazo	400.000	1200000
21	Nº 8 MEJORAR LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	19	ACTUALIZACION EN LA METODOLOGIA EDUCATIVA PARA LA EDUCACION POPULAR	Conocer, aplicar y desarrollar distintas metodologías Educativas. Ser Capaz de aplicar en forma práctica estas metodologías en nuestra población Objetivo. Conocer y aplicar las herramientas básicos de Comunicación. Conocer y aplicar los conceptos de Grupo. Conocer y aplicar la Metodologías Educativas.	Tener las herramientas prácticas y efectivas para la realización de unidades educativas, fortaleciendo el trabajo de la promoción y prevención, dirigidos a la población que se atienden en nuestros Centros de Salud.			5	25			30	POR DEFINIR	SEGUN DO SEMES TRE DEL 2012	21	DISAL	Corto Plazo.	84.000	2520000
	LE Nº 1: FORTALECER LA INSTALACION DEL NUEVO	20	CURSO ACTUALIZACION EN EL MANEJO GES DE PROBLEMAS FRECUENTES EN	Fortalecer la capacidad Resolutiva de los Médicos de APS, en aquellos problemas de salud que hayan	Contribuir a la mejoría de la capacidad resolutiva frente a problemas de salud de		6					6	POR DEFINIR	PRI-MER SEMES MESTRE	100	DISAL	Corto Plazo	650.000	3.900.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
	MODELO DE ATENCION.( Énfasis en el modelo de atención en Salud Familiar)		APS	sido priorizados por el Ministerio de Salud.	alta prevalencia considerados en el Plan GES, masificando el conocimiento y lograr una rápida asimilación de ellos por parte de los equipos de salud, en la perspectiva de acelerar los cambios en el modelo de atención que el país precisa.									DEL 2012					
		21	CURSO ADOLESCENCIA Y ADOLESCENTES: ROL DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR	Desarrollar competencias en los equipos de salud en el tema de salud integral del adolescente, para promover la implementación de servicios orientados a las necesidades de este grupo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocer las principales características del desarrollo evolutivo de el/la adolescente y su familia.</li> <li>Identificar factores de riesgo y factores de protección individuales, familiares y comunitarios para el desarrollo integral del adolescente.</li> <li>Revisar el modelo de atención integral ambulatoria de la salud para el adolescente.</li> </ul>		6					6	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2012	100	DISAL	Corto Plazo	600.000	3.600.000
		22	CURSO INTRODUCCION A LA GESTION LOCAL EN LA TENCION PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profundizar la estrategia de APS en un marco de fortalecimiento de la gestión comunal potenciando el rol del Municipio como actor central del desarrollo local y de los espacios-redes para un mejor vivir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciar los aprendizajes esenciales cognitivos que debe tener un gestor de entidades de salud, ya sea a nivel municipal o como director de establecimiento, mejorando sus habilidades básicas</li> </ul>		6					6	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2012	100	DISAL	Corto Plazo	600.000	3.600.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					en gestión afianzando los aprendizajes por medio del hacer.														
		23	CURSO SALUD Y CUIDADO FAMILIAR PARA LA SEGUNDA INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este curso pretende profundizar la estrategia de APS en un marco de fortalecimiento del equipo de salud, potenciando el rol de la familia, los educadores y la comunidad como actores centrales del desarrollo en la formación integral de los niños y niñas en edad escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar al Equipo de Salud en las competencias necesarias para acompañar a las familias, los educadores y la comunidad en el proceso de crecimiento y desarrollo normal de los niños y niñas en edad escolar.</li> <li>Este curso busca responder de manera eficaz a los nuevos desafíos que nos impone la crianza, derivados de los cambios experimentados en la sociedad durante las últimas décadas y estimulas el desarrollo de personas integralmente sanas.</li> </ul>		6					6	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2012	100	DISAL	Corto Plazo	600.000	3.600.000
		24	DIPLOMADO EN ATENCION PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR	Continuar con la Formación de profesionales a nivel de la atención Primaria, entrenada y capacitada en los aspectos centrales del Modelo de Salud Familiar Comunitario, con enfoque de redes, que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Aten-	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en Atención Primaria, Salud Familiar Comunitario y Enfoque de Redes.</li> <li>Favorecer la formación y forta-</li> </ul>	5	5					10	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2012	300	DISAL	Corto Plazo	1.400.000	14.000.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				<p>ción Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del país y aumentar la Resolutividad de ellos. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que contribuyan a la implementación y consolidación del enfoque de atención integral propiciado por la forma del sector de salud, sobre la base del Modelo de Salud Familiar.</p>	<p>lecimiento de equipos locales de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la capacidad de resolutiva de los equipos de salud de Atención Primaria.</li> <li>• Disponer de profesionales líderes capaces de participar en la formación de recursos humanos.</li> <li>• Contar con profesionales capaces de orientar los Servicios de Salud hacia una atención basada en evidencia y Modelo de Salud Familiar.</li> <li>• Contar con profesionales capaces de incorporar herramientas de modernización de la gestión local.</li> <li>• Generar aprendizaje a través de conocer las experiencias y el desarrollo teórico de los Centros de salud familiar, que tienen el proceso de implementación del modelo de Salud Familiar y Comunitaria más avanzado.</li> <li>• Estimular y capacitar a los</li> </ul>														

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					<p>profesionales para desarrollar un cuidado de la Salud integral humanizado, eficiente y de calidad en la atención primaria, en el marco del enfoque familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar habilidades para el manejo de información científica relevante que permita fundamentar su acción profesional valorando la salud basada en evidencias como herramienta que contribuye a la optimización de la calidad de la atención.</li> <li>• Desarrollar habilidades para valorar y utilizar la educación como una herramienta indispensable para la atención primaria y salud familiar.</li> <li>• Capacitar a los profesionales en estrategias que contribuyan a la formación y fortalecimiento del trabajo en equipo.</li> <li>• Potenciar habilidades en la gestión de servicio de atención en salud primaria incorpo-</li> </ul>														

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					<p>rando el enfoque de redes asistenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar conocimientos y habilidades que permitan a los profesionales diseñar y poner en práctica proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las comunidades donde trabajan.</li> </ul>														
		26	DIPLOMADO EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS"	<p>Este Programa debe contribuir a orientar la atención hacia cuidados en la Atención Primaria de Salud, centrados en el usuario, que contemple las diferentes dimensiones del ser humano, avanzando desde una perspectiva biomédica hacia otra más integral y que ponga a la familia como marco referencial del análisis de los problemas de salud de los individuos, con un enfoque preventivo.</p>	<p>La realización y aprobación de este Diplomado será un requisito para la postulación a programas de especialización destinadas para médicos de APS. Así también la aprobación del mismo contribuirá un elemento importante para su ulterior acreditación como especialistas en medicina familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar una actitud de involucramiento y compromiso con la mejoría de la calidad de la atención y capacidad resolutive en APS, en el marco de un desempeño en</li> </ul>	5						5	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2014	330	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	1.400.000	7.000.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					<p>equipo y con perspectiva de red.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizado los elementos básicos de Medicina Familiar y su contribución a la calidad de la atención.</li> <li>• Analizados distintos modelos de prevención clínica, con énfasis en el Modelo de Enfermedades Crónicas de Wagner.</li> <li>• Revisado la aplicación a la realidad local de las distintas guías clínicas de prevención( exámenes médicos preventivos).</li> </ul>														
		27	DIPLOMADO MODELO DE ATENCION INTEGRAL ADULTO MAYOR	Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutiveidad de ellos.	<p>1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.</p> <p>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.</p> <p>3. Favorecer la formación y fortale-</p>		4					4	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2015	200	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	1.000.000	4.000.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					cimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de APS. 5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico.														
		28	DIPLOMADO EMERGENCIA EN APS	Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutive de ellos.	1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en APS, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes. 2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de APS municipal. 3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de aps. 5. Generar aprendizaje entre pares a través del conoci-		3					3	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2016	200	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	1.000.000	3.000.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					miento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico.														
		29	DIPLOMADO PROMOCION Y CALIDAD DE VIDA	Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutiveidad de ellos.	1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes. 2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal. 3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de aps. 5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y practico.		3					3	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2017	200	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	800.000	2.400.000
		30	CURSO ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO /AS EN LA APS	Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los	1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento,		1					1	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE	60	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	550.000	550.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutiveidad de ellos.	conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes. 2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal. 3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de aps. 5, Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico.									DEL 2017					
		31	CURSO ATENCION A USUARIOS EN APS	Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar	1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes. 2. Propender a la actualización de conocimientos,		2					2	POR DEFINIR	PRIMER SEMESTRE DEL 2017	60	DIS-AL/POR CONVENIO	Corto Plazo	550.000	1.100.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL						ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutiveidad de ellos.	habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal. 3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de aps. 5, Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico.														
<b>22</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>				<b>100</b>	<b>241</b>	<b>165</b>	<b>169</b>	<b>69</b>	<b>27</b>	<b>753</b>		<b>0</b>	<b>483</b>			<b>2192000</b>	<b>93.942.000</b>

**2. PROGRAMA CAPACITACION 2012 DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL A PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378).**

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACION ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odont, QF, etc.)	B (Otros Prof)	C (TE NS)	D (Técnicos de Salud)	E (Admin Salud)	F (Aux servicios Salud)							ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
1	LE N° 1: FORTALECER LA INSTALACION DEL NUEVO MODELO DE ATENCION.( Énfasis en el modelo de atención en Salud Familiar)	1	"Facilitadores grupales en educación grupal para padres, madres y cuidadores de niños menores de 5 años en metodología de talleres de habilidades de crianza Nadie es Perfecto"	Contribuir al fomento y desarrollo de habilidades parentales en los Padres, Madres y cuidadores de niños y niñas menores a 5 años que se atienden en el sistema público de salud.	- Instalar competencias y habilidades en los equipos del nivel primario de atención para el desarrollo de talleres de educación grupal que fomenten las habilidades de crianza en padres, madres y cuidadores de niños (as) menores de 5 años. - Enfrentamiento de profesionales de salud como Facilitadores Grupales en el nivel primario de atención en la Metodología "Nadie es Perfecto". - Realizar talleres dentro de un plazo determinado para lograr la certificación.		4					4	SSMC	POR DEFINIR	40	SSMC	mediano largo plazo	160.000	4800000
2		2	Programa de capacitación SIDRA - Referencia y Contra referencia	Apoyar la instalación del proyecto para los Módulos de Agenda y Referencia y Contra referencia			2	1		1			4	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	corto plazo	80.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU- PUESTO TOTAL
3		3	Diplomado de Resolutividad en Equipo y con Perspectiva de Red para el Modelo de Salud Familiar								10	SSMC	POR DEFINIR	100	SSMC	largo plazo	400.000	9,800,000	
5		5	Humanización del Proceso de gestación, parto y nacimiento	Sensibilizar a los equipos en la importancia de un proceso de gestación, parto y nacimiento humanizado y cercano.	-Sensibilizar a los equipos. - Conocer sus ventajas, tanto para la familia, la madre y su hij@. - Compartir las barreras y facilitadores en la implementación de dicho proceso y proponer estrategias para avanzar en el logro de éste. - Proponer mejoras factibles en los diferentes lugares de trabajo para su eventual implementación.		16				16	SSMC	POR DEFINIR	21	SSMC	corto plazo	84.000	2,432,000	
6		6	Evaluación de Estilos de Apegos a través de Escala ADS "Massie Campbell"	Contribuir en la detección de factores de riesgo o protectores que potencien el óptimo desarrollo y crecimiento de niños (as)	- Actualizar conocimientos y destrezas en la realización de la escala de apego ADS "Massie Campbell" para ser realizado durante los controles sanos de niños de 4 meses y 12 meses. - Adquirir destrezas para evaluar el vínculo entre el cuidador principal y el niño menor de dos años, a través de la escala ADS, utilizando los criterios establecidos por MINSAL (4 horas). - Lograr que los asistentes aclaren sus dudas en relación a la aplicación de dicha escala y tengan la oportunidad de observar videos de demostración.		8				8	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	mediano largo plazo	80.000	1,320,000	

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CO-RR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LU-GAR	Fecha	NU-MERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RES-PONSA-BLE	APLI-CA-CIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc.)	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU-PUESTO TOTAL
					- Realizar la prueba de validación MINSAL al término de la jornada y su corrección la que se efectuará después de la capacitación en un plazo a convenir.														
7		7	Pasantía a CESFAM Los Volcanes		- Manejar conceptos teóricos sobre el modelo de Salud Familiar y Comunitario. - Incorporar la visión de la red asistencial. - Identificar desde el punto de vista teórico las prestaciones orientadas a la familia. - Identificar las herramientas de gestión que se utilizan localmente para la implementación de los cambios. - Implementar cambios en sus respectivos establecimientos.			3				3	SSMC	POR DEFINIR	30	SSMC	mediano largo plazo	120.000	1,280,000
8		8	Pasantía a CESFAM PAMPA ALEGRE		- Manejar conceptos teóricos sobre el modelo de Salud Familiar y Comunitario. - Incorporar la visión de la red asistencial. - Identificar desde el punto de vista teórico las prestaciones orientadas a la familia. - Identificar las herramientas de gestión que se utilizan localmente para la implementación de los cambios.		4	1	2			7	SSMC	POR DEFINIR	30	SSMC	mediano largo plazo	120.000	880000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
					- Implementar cambios en sus respectivos establecimientos.														
9		9	Actualización en Control Sano para Técnicos de Enfermería (Paramédicos)	Actualizar a los técnicos de enfermería en supervisión de salud (control sano) de niños y niñas mayores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar sus conocimientos en la actividad descrita anteriormente.</li> <li>- Fortalecer las destrezas para el control de preescolares y escolares.</li> <li>- Valorar el control sano como una instancia de conocer el medio familiar en el que está inserto el niño de manera de pesquisar factores que pudieran alterar el correcto desarrollo de niños y niñas.</li> </ul>			8	5		13	SSMC	POR DEFINIR	21	SSMC	corto plazo	84.000	2520000	

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
10		10	Norma de Referencia y Contrareferencia de Obstetricia	Actualizar en los (las) profesionales a cargo de la referencia y contra referencia, conceptos, procedimientos y documentación del proceso estándar de referencia de las situaciones patológicas más frecuentes en las usuarias gestantes que concurren a sus actividades prenatales en el contexto de las actividades del Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial con enfoque familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir en la gestante patologías o sus complicaciones, que pueden afectar la salud materno - fetal.</li> <li>- Disminuir la demanda no pertinente que accede a nivel secundario, focalizando la atención oportuna de las gestantes derivadas adecuadamente.</li> <li>- Mejorar resolutivez de la matrona de la APS nivel primario en gestantes con patología.</li> <li>- Generar una instancia de coordinación y comunicación fluida entre la APS y la especialidad.</li> </ul>		6					6	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	corto plazo	80.000	1560000
11		11	Jornada de Trabajo para Educadoras de Párvulos	Desarrollar un trabajo cooperativo en la red SSMC, que permita una intervención equitativa e integral orientada a niños y niñas beneficiarios de los Centros de Salud y a sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar conocimientos e información en torno a temas pertinentes para el trabajo de Educadoras de Párvulos en la Red.</li> <li>- Unificar criterios atinentes a la temática y al trabajo de las educadoras de párvulos en los CES y salas de estimulación.</li> <li>- Conocer la oferta de salas de estimulación en cada territorio y los mecanismos de referencia, contrareferencia y registros.</li> <li>- Conocer experiencias de trabajo con niños y niñas desarrolladas por educadoras de párvulos en Centros de Salud y modalidades de estimulación insertas en la comunidad.</li> </ul>		8					8	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	mediano largo plazo	80.000	4800000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odon, QF, etc.)	B (Otro Prof)	C (TE NS)	D (Técnicos de Salud)	E (Admin Salud)	F (Aux serv. Salud)							ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
12		12	Jornada de Capacitación de Facilitadores PRAIS	Capacitar un profesional de cada establecimiento de la Red del SSMC como facilitador del Programa PRAIS	- Orientar la atención reparatoria en salud a los beneficiarios PRAIS, en su respectivo establecimiento. - Mantener una coordinación permanente con el equipo PRAIS del SSMC. - Facilitar el acceso y oportunidad de la atención reparatoria en salud a los beneficiarios PRAIS. - Apoyar a las organizaciones de usuarios a la incorporación en los Consejos de desarrollo local de salud.		6					6	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	corto plazo	80.000	1600000
13		13	Curso Actualización Atención Integral del Recién Nacido (Dos jornadas)	Las matronas capacitadas desarrollaran un programa de atención integral, aplicando estrategias técnicas y educativas que optimicen la atención de la Diada.	- Unificar criterios, técnicas en la atención integral del Recién Nacido. - Analizar la importancia de la reanimación neonatal básica y valorizar los cuidados realizados en el periodo de transición. - Unificar criterios sobre la atención integral del recién nacido en sala puerperio. - Valorar la importancia del vínculo madre e hijo. - Unificar criterios y técnicas sobre depresión post parto. - Unificar criterios de optimización en la atención integral madre-hijo en APS. - Optimizar la visita integral domiciliaria.		8					8	SSMC	POR DEFINIR	102	SSMC	largo plazo	408.000	2800000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CO-RR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LU-GAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RES- PONSABLE	APLI- CACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO		
						A (Med, Odon, QF, etc.)	B (Otros Prof)	C (TE NS)	D (Técnicos de Salud)	E (Admin Salud)	F (Aux serv-ic Salud)							ITEM COSTO	PRESU- PUESTO TOTAL	
14		14	XIX Curso de Extensión en Pediatría Ambulatoria	Mantener una educación permanente en temas prácticos pediátricos y generar una instancia de acercamiento y conocimiento mutuo entre los especialistas del nivel terciario y los médicos encargados de la atención pediátrica en los consultorios del Servicio	Capacitar en forma sistemática y permanente a médicos dedicados a la atención pediátrica. Actualizar conocimientos con especialistas de óptimo nivel en cada terna seleccionado. En distintos años, lograr abarcar la patología más relevante. Facilitar la comunicación y derivación de pacientes entre la atención primaria y hospitalaria (CDT y Servicio)		20						20	SSMC	POR DEFINIR	41	SSMC	mediano largo plazo	80.000	576000
15		15	Jornadas actualización de las normas nacionales sobre regulación de la fertilidad (dos talleres)	Las matronas capacitadas desarrollaran y aplicarán las Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad	- Unificar criterios y técnicas acerca de las normas sobre regulación de la fertilidad. - Diferenciar los criterios médicos de elegibilidad. - Clasificar las orientaciones necesarias para el uso de los anticonceptivos. - Explicar los aspectos éticos y legales.								14	SSMC	POR DEFINIR	22	SSMC	corto plazo	88.000	960000
16		16	Programa Cervico Uterino, Manejo de Sistema Informático: CITOEXPERT (dos jornadas)	Disminuir la tasa de mortalidad y la tasa de incidencia por cáncer invasor a través de detectar la enfermedad en etapas preinvasoras y tratarlas oportunamente. Manejar y optimizar el registro del sistema informático del Citoexpert del SSMC.	- Aumentar cobertura PAP. - Manejar los registros de las coberturas PAP y REM 12 por sistema informático Citoexpert. - Organizar actividades en el programa de salud sexual y reproductiva y coordinado con el programa del adulto. - Focalización de la pesquisa en mujeres de 25 a 64 años.								8	SSMC	POR DEFINIR	22	SSMC	corto plazo	88.000	240000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x servic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU-PUESTO TOTAL
17		17	Capacitación encargados de OIRS	Dar a conocer las prestaciones asociadas al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsico-social, a fin de facilitar la entrega de información a la comunidad.		2	2	1	1		6	SSMC	POR DEFINIR	4	SSMC	corto plazo	16.000	13872000	
18	LE N°4 MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO	18	Avanzando hacia la calidad y seguridad en la atención de salud	Actualizar conocimientos en lo relativo a una atención de calidad y segura para pacientes y funcionarios estandarizando procedimientos comunes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adquirir conocimientos sobre el proceso de acreditación de prestadores de salud.</li> <li>- Participaren la elaboración de la normativa requerida en el proceso de acreditación.</li> <li>- Actualizar conocimientos en los aspectos relacionados a esterilización de insumos e instrumental.</li> <li>- Identificar los procesos claves relacionados con esterilización.</li> <li>- Optimizar el almacenamiento del material estéril.</li> <li>- Diseñar pautas de supervisión para la evaluación de manejo de técnicas y procedimientos en salud.</li> <li>- Actualizar conocimientos en los aspectos relacionados a la Técnica Aséptica.</li> <li>- Actualizar conocimientos relacionados con las precauciones universales e identificar las barreras.</li> <li>- Vacunación segura: actualizar conocimientos relacio-</li> </ul>	8	8				10	SSMC	POR DEFINIR	32	SSMC	largo plazo	128.000	8512000	

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odont, QF, etc.)	B (Otros Prof)	C (TE NS)	D (Técnicos de Salud)	E (Admin Salud)	F (Aux servicios Salud)						TOTAL	ITEM COSTO
					nados con el PNI, manejo de cadena de frío, eventos adversos. - Identificar situaciones de riesgo en la atención de salud.													
19	LE. Nº 5 GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA.	19											POR DEFINIR					2520000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU- PUESTO TOTAL
20	LE. Nº 7. DESARRO- LLAR LA GESTION ADMNIS- TRATIVA, FISICA Y FINANCIERA.	21	Actualización en administra- ción y control de gestión de programas alimentarios	Actualizar a los equipo técnicos a cargo de los programas alimentarios en el tema, entregando herramientas para mejorar sus adminis- tración y gestión en el nivel local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la evolución de los Programas alimentarios desde su origen y el impac- to en la salud de la pobla- ción usuaria.</li> <li>- Evaluar las plantas físicas de cada establecimiento, estableciendo brechas según normativas.</li> <li>- Sensibilizar a Directivos de Atención Primaria sobre la relevancia de contar con los recursos necesarios para gestionar los programas considerando el costo asociado de éstos.</li> <li>- Reconocer el costo de los programas alimentarios considerando el abasteci- miento y el transporte asociado.</li> <li>- Identificar metodología en uso para solicitud de abas- tecimiento.</li> <li>- Reconocer instrumentos de registros en uso de los programas alimentarios</li> </ul>		8	7	1			16	SSMC	POR DEFINIR	28	SSMC	me- diano largo plazo	112.000	

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU- PUESTO TOTAL
21	Nº 8 MEJORAR LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	22	Vigilancia Epidemiológica de intoxicaciones agudas por plaguicidas	Que los integrantes del equipo de salud adquieran conocimientos específicos sobre la pesquisa, registro y notificación de las intoxicaciones por plaguicidas, desde la perspectiva de salud Pública, de modo tal de adquirir herramientas necesarias para enfrentar la situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer conceptos generales del uso de plaguicidas y su impacto en la salud de las personas y medio ambiente.</li> <li>- adquirir destrezas en la pesquisa de intoxicaciones agudas por plaguicidas.</li> <li>- Conocer el perfil epidemiológico de las intoxicaciones por plaguicidas en la Región Metropolitana en los últimos años.</li> <li>- Conocer la clasificación y propiedades toxicológicas de los plaguicidas.</li> <li>- Conocer mecanismos de acción y cuadros clínicos de las intoxicaciones agudas de los plaguicidas más frecuentemente usados.</li> <li>- Conocer diferentes formas de exposición a plaguicidas.</li> <li>- Conocer diferentes formas de exposición a plaguicidas.</li> </ul>	2						2	SSMC	POR DEFINIR	21	SSMC	corto plazo	84.000	
22		23	Prevención de la Salud Mental en Situaciones de Emergencia y Catástrofes	Entregar herramientas para la detección y manejo integral de los principales problemas y trastornos de salud mental secundarios a situaciones de emergencias y desastres.	Contar con profesionales de los equipos clínicos de salud mental preparados en articular acciones de los niveles territoriales locales y centrales de salud para gestionar, prepararse y responder en relación a situaciones de emergencia y catástrofes, con foco en la protección de la salud mental de la población.		3						3	SSMC	POR DEFINIR	30	SSMC	largo plazo	120.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESU- PUESTO TOTAL
23	Fortalecer el Sistema de Garantías Explicitas en Salud	24	Manejo del Sistema Sigges para la Red del Servicio de Salud Metro-politano Central (cinco talleres, dife-rentes grupos)	Entregar conocimientos teóricos y prácticos acerca del funciona-miento y manejo del SIGGES, a las personas que digitan y monitorean en el SIGGES	- Entregar conocimientos relacionados con los proble-mas de salud GES en vigencia legal al año 2010. - Lograr que los participan-tes adquieran las compe-tencias requeridas para el registro correcto y oportuno en el sistema de infor-mación. - Lograr que los participan-tes comprendan y utilicen los reportes y herramientas de monitoreo que el siste-ma de información poten-cialmente les entrega.	7	7	7	7	7	2	37	SSMC	POR DEFINIR	20	SSMC	corto plazo	80.000	
24		25	Rehabilitación Integral del Adulto Mayor en la Comuni-dad	Desarrollar un modelo de rehabilitación inte-gral dirigido a los adultos mayores en la comunidad	- Entregar formación con visión integral en Geriatría y Gerontología a Kinesiólogos. - Imple-mentar servicios de rehabi-litación integral para Adul-tos Mayores con base en la comunidad		2					2	SSMC	POR DEFINIR	284	SSMC	largo plazo	1.136.000	
25		26	Actualización Auge	- Manejen conceptos del AUGE y puedan orientar ante consultas generales. - Unificar criterios sobre conceptos de garantías y reclamos y sus respectivas norma-tivas legales. - identificar sistema de información para la gestión de garantías explícitas. - Conocer el funciona-miento de las presta-ciones en los proble-mas de salud más prevalentes en la red	- Manejen conceptos del AUGE y puedan orientar ante consultas generales. - Unificar criterios sobre conceptos de garantías y reclamos y sus respectivas normativas legales. - identificar sistema de información para la gestión de garantías explícitas. - Conocer el funciona-miento de las presta-ciones en los proble-mas de salud más prevalentes en la red de salud del SSMC.		4	11		1			16	SSMC	POR DEFINIR	43	SSMC	corto plazo	172.000

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x ser- vic Sa-lud)							ITEM COSTO	PRESUPUESTO TOTAL
				de salud del SSMC.															
26		27	Salud Mental para Atención Primaria	Mejorar la resolutiveidad del nivel primario de atención en la problemática de salud metal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Homogenizar los conocimientos acerca de las situaciones más frecuentes de consulta en APS.</li> <li>- Conocer epidemiología, cuadro clínico y manejo de trastornos de personalidad, Síndromes Depresivos, Síndromes Ansiosos y Consumo de alcohol y benzodiacepinas.</li> <li>- Comprender multifactorialidad etiológica de los trastornos mentales comunes.</li> <li>- Favorecer el abordaje multidisciplinario.</li> <li>- Conocer y aplicar principios básicos de psicofarmacología.</li> <li>- Prevenir la polifarmacia y la generación de dependencia o fármacos en la población.</li> </ul>	12	12					24	SSMC	POR DEFINIR	47	SSMC	mediano largo plazo	188.000	
27		28	Gestor de casos en Adultos Mayores en Riesgo de Dependencia	Asegurar la continuidad del cuidado del adulto mayor que presenta riesgo de dependencia en la red de salud y social, con el fin de prevenir la dependencia, mejorando la eficiencia en el uso de los recursos de salud, sociales y familiares, además de mejorar la satisfacción usuaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer EMPAM, en particular EFAM, instrumento predictor de perdida de funcionalidad que clasifica al adulto mayor en autovalente y riesgo de dependencia.</li> <li>- Incorporar el concepto de fragilidad.</li> <li>- Conocer los algoritmos de manejo que están en las guías clínicas y los protocolos de atención por patología.</li> <li>- Entregar a los equipos de APS del SSMC los conoci-</li> </ul>		14					14	SSMC	POR DEFINIR	100	SSMC	largo plazo	400.000	

Nº	LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CO-RR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						LU-GAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RES-PONSA-BLE	APLI-CA-CIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
						A (Med, Odo nt, QF, etc. )	B (Otr os Prof )	C (TE NS)	D (Téc nicos de Sa-lud)	E (Ad min Sa-lud)	F (Au x servic Sa-lud)						TOTAL	ITEM COSTO
					mientos necesarios para poder implementar dichos talleres en sus lugares de trabajo.													
	<b>TOTAL</b>	<b>33</b>				<b>49</b>	<b>144</b>	<b>40</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>265</b>		<b>0</b>	<b>593</b>			<b>4.468.000</b>

### 3. PROGRAMA CAPACITACION 2012 DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL A PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378)

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CORR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL CUPOS	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO		
					A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)							ITEM COSTO	APORTE EXTERNO TOTAL	
Nº 8 MEJORAR LA GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS	4	1	ERGONOMIA Y AUTOCUIDADO EN OFICINAS.	Dirigido a trabajadores del area administrativa, busca apoyar y orientar el desarrollo de habilidades para el mejoramiento de la calidad de vida en ambientes de oficina.	Mejorar la calidad de vida de los funcionarios de la Red de salud de Santiago, evitando las enfermedades de origen laboral.			5	5	5	5	20	ACHS	MAYO DEL 2011	6	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	24.000	480000
	5	2	LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, DECRETO Nº 40 Y 54.	Taller de identificación de riesgos, dirigido a trabajadores en general. Bajo el concepto de control de comportamientos críticos (C.C.C.) se enfatiza en la seguridad como valor personal.	Evitar los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.		5	5	5		5	20	ACHS	ABRIL DEL 2011	6	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	24.000	480000
	8	4	PREVENCION Y CONTROL DE INCENDIOS (EXTINTORES)	Dirigido a trabajadores en general. Instruye sobre las medidas que deben aplicarse a las empresas para prevenir la aparición del fuego y en caso que este se propague, formas de control.	Entregar las herramientas y conocimientos necesarios para resolver de una manera efectiva un principio de incendio.			10	10	5	5	30	ACHS	ABRIL DEL 2011	6	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	24.000	720000
	10	5	TECNICAS DE MOVILIZACION Y TRASLADO DE PACIENTES.	Dirigido a auxiliares de enfermería y personal de ambulancias. Entrega técnicas en el traslado y manejo de pacientes de baja complejidad.	Personal capacitado en el Manejo de paciente traumatizado de baja complejidad, aumentándola capacidad resolutive.			10	10	5		25	ACHS	JULIO DEL 2011	6	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	24.000	600000
	18	9	EL LIDERAZGO, FACTOR CLAVE EN LAS ORGANIZACIONES EXITOSAS.	Dirigido a mandos superiores, jefes de departamentos, subordinados. Su objetivo es trabajar con los estamentos superiores de	Mejorar el trabajo en equipo y clima laboral.		10						10	ACHS	JUNIO DEL 2011	20	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	80.000

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	Nº CO-RR	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVO EDUCATIVO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL CUPOS	LUGAR	Fecha	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	RESPONSABLE	APLICACIÓN ESTRATEGIA	FINANCIAMIENTO	
					A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)							ITEM COSTO	APORTE EXTERNO TOTAL
			las empresas a través de propuestas modernas, atractivas y cautivantes que muestren cómo la empresa se preocupa de entregar caminos hacia la excelencia organizacional.															
	11	CURSO PRIMEROS AUXILIOS	Entregar los conocimientos y procedimientos actualizados en el manejo de situaciones de emergencia	Tener a funcionarios capacitados en el manejo de primeros auxilios		10	10				20	ACHS	40	ACHS	CORTO Y MEDIANO PLAZO	160.000	3200000	
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>				<b>0</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>125</b>		<b>0</b>	<b>84</b>		<b>336000</b>	<b>6.280.000</b>	

---

# Plan de Salud 2012



**SANTIAGO**

Ilustre Municipalidad

I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO  
DIRECCION DE SALUD  
ARTURO PRAT 471  
Fono (562) 498 5302 – 498 5303  
[direcciondesalud@saludstgo.cl](mailto:direcciondesalud@saludstgo.cl)  
NOVIEMBRE DE 2011