

PLAN DE SALUD COMUNAL ÑUÑO A

2019

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO
SOCIAL DE ÑUÑO A



ÍNDICE

	Página
I. Introducción.	2 - 4
II. Visión Departamento de Salud.	5
III. Misión.	5
IV. Valores.	5
V. Red Salud Ñuñoa.	5
VI. Cartera de Prestaciones de los Centros de Salud Familiar y COSAM.	6 – 8
VII. Diagnósticos de Salud.	10 - 29
VIII. Tendencias de Distintos Indicadores CESFAM R. Renard y S. Bustos.	30 - 42
IX. Priorización Problemas de Salud, Mirada Comunal.	43 - 45
X. Programación CESFAM Salvador Bustos y Centro de Urgencia 2019.	46 - 73
XI. Programación CESFAM Rosita Renard 2019.	74 - 112
XII. Plan de Salud COSAM 2019.	113 – 117
XIII. Programación Numérica Programas CESFAM Salvador Bustos.	118 - 128
XIV. Programación Numérica CESFAM Rosita Renard.	129 - 136
XV. Plan Comunal de Capacitación 2019.	137 - 140
XVI. Dotación de Salud 2019.	141
XVII. Presupuesto de Salud 2019.	142

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con lo mandatado en la Ley de Estatuto de Atención Primaria de Salud, respecto a la Planificación y Programación del año 2019, se elabora el presente documento.

Se debe señalar que tanto las Orientaciones fijadas por el Ministerio de Salud y los énfasis principales que direccionan nuestro quehacer, están fijados por la autoridad sanitaria, en la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020, razón por la cual sigue siendo el marco regulatorio al que nos debemos adecuar.

Los Objetivos Sanitarios son:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Los principios que orientan el trabajo del equipo de salud comunal son:

- Enfoque de derechos: Asumiendo la autonomía y autodeterminación de las personas respecto de su salud, y generando las condiciones de seguridad en salud durante el ciclo vital, especialmente de aquellos grupos más vulnerables. Esto pone al usuario al centro del accionar, generando coordinaciones de los distintos dispositivos, para dar respuestas a sus necesidades de salud.
- Enfoque de determinantes sociales: La caracterización de la población beneficiaria y usuaria, ha permitido conocer su vulnerabilidad, dirigiendo estrategias y acciones en aquellos grupos de mayor riesgo de enfermar y/o morir.
- Enfoque de curso de vida: La planificación y coordinación a lo largo del ciclo vital, favorece la implementación de actividades preventivas y promocionales, relevando la necesidad de la continuidad de los cuidados, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.
- Enfoque de equidad en salud: La discriminación positiva de acceso y oportunidad de las distintas acciones de salud, de aquella población expuesta a brechas socioeconómicas, culturales, de género u otras, tendientes a reducir las diferencias injustas y evitables.
- Gobernanza: La participación social en los distintos ámbitos de acción de los usuarios, ya sea al interior del box de atención, mediante la toma de decisiones informada respecto de sus cuidados de salud, o en la reclamación a través de las oficinas de OIRS o mediante la participación de la comunidad en los Consejos de Desarrollo Social, Asambleas o Diagnósticos participativos, permite optimizar la eficacia y calidad de las prestaciones que se entregan.

Así mismo, el Plan de Desarrollo Comunal es un insumo significativo al momento de esta Planificación, incorporando en nuestras acciones, los temas atinentes aquí señalados.

En este contexto, se ha fortalecido a lo largo del ciclo vital, las actividades promocionales, preventivas y de recuperación, con énfasis en la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, relevando la calidad de la atención, la accesibilidad y la continuidad de los cuidados.

Este año ya contamos con información poblacional y de vivienda actualizada, gracias al Censo 2017, el cual refleja algunos cambios con relación a lo que se venía proyectando con información INE, en base a CENSO 1992 y CENSO 2002. Uno de los más importantes es el aumento de la población infantil de un 15 a un 20%, probablemente por factor de inmigración desde otros puntos del país a la comuna, gracias al aumento de oferta inmobiliaria. Entre el CENSO 2002 y 2017, se aumenta de 53.963 viviendas a 91.773, a expensas del crecimiento en un 220,5% de las viviendas de edificios departamentos.

Por otro lado, la tasa de natalidad desde el año 2012, en que alcanzó la cifra de 18,4 nacidos vivos por mil habitantes, ha continuado su descenso, siendo para el año 2016 de 12.5 nacidos vivos por mil habitantes.

En cuanto a la población de adultos mayores, hemos aumentado del 15% de adultos mayores que se tenía en CENSO del 2002, al 20,7% del reciente CENSO. Esto por un aumento en la expectativa de vida de la comunidad ñuñoína. Del análisis del indicador AVPP (años de vida potencialmente perdidos), se aprecia que la población de Ñuñoa, muere cada vez en edades más avanzadas. Esta comunidad pese a la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles producto del envejecimiento, como son las patologías cardiovasculares, tumores y osteomusculares, logran mayores sobrevividas que comunas cercanas y comparables, lo que no solo se explicaría por una mejor calidad de vida, sino también por un mayor acceso a la salud y protección de los grupos vulnerables.

Todos estos elementos que serán profundizados y analizados en este documento permitirán ampliar nuestra perspectiva, y planificar en función de nuestra comunidad usuaria, que, si bien alcanza a alrededor del 40% de la población de Ñuñoa, corresponde a la población más vulnerable y por tanto, prioritaria.

Se destaca durante el año 2018:

- Trabajo de Equipo de Calidad de ambos CESFAM para obtener reacreditación del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta. CESFAM Salvador Bustos obtiene la reacreditación en septiembre 2018 y CESFAM Rosita Renard solicita ser evaluado por la Comisión, en el mes de octubre 2018 y se encuentra a la espera de la respuesta de la Superintendencia de Salud.
- Se obtienen fondos para obras de mantención de infraestructura en CESFAM Rosita Renard, vía convenios ministeriales, a través de Programa de Infraestructura y
- Programa de Apoyo a la Gestión del Desarrollo Local (AGDL) Brecha Multifactorial, y del Gobierno Regional lo que permite recambio de techumbre, pisos, pintura interior y exterior, cambio de luminarias y recambio de generador eléctrico. Algunas de estas obras aún en ejecución.
- Fortalecimiento de distintos procesos mediante apoyo tecnológico, permitiendo trazabilidad de la información, reducción en tiempos de espera y mejora continua de la calidad de

atención. (Registro electrónico de Toma de muestras, inicio del proceso de Etiquetado de Farmacia, gestión de la demanda de morbilidad y horas dentales).

- Reposición de Equipo de Rayos Dental para el CESFAM Rosita Renard, trabajando actualmente en la obtención de la Autorización Sanitaria.
- Habilitación de Box Odontológico en dependencias del Liceo N°7 José Toribio Medina, destinado a atender a los alumnos de terceros y cuartos medios de la comuna, facilitando el cumplimiento de una prioridad nacional en salud bucal, aún en espera de Autorización Sanitaria.
- Habilitación de Clínica Odontológica Móvil instalada en primera instancia en dependencias de Internado Nacional Femenino, en espera de Autorización Sanitaria, también destinado a aumentar cobertura de estrategias en población escolar de la comuna.
- Exitosa coordinación en Red de Salud Mental local, generando reducción de lista de espera, construcción de protocolos y continuidad del espacio de Consultorías COSAM APS, que ha optimizado las competencias y capacidad resolutoria de los CESFAM Rosita Renard y Salvador Bustos.
- Actualización de la Autorización Sanitaria del Laboratorio Comunal obtenida el año 2010, previo inicio del Proceso de Acreditación de este Centro. Trabajo de equipo de Calidad en la preparación para Acreditarse durante el 2019.
- Exitosa participación de 12 usuarios de COSAM Ñuñoa, en la ejecución de Proyecto SENADIS Municipalidad, que les permitió adquirir conocimientos y aumentar sus destrezas artísticas, al integrarse al taller “Escuela de Arte Ornitorrincos Creadores”.
- Finalmente, mencionar el exitoso Simulacro de Intoxicación por Cianuro, realizado en octubre 2018 en CESFAM Salvador Bustos y Centro de Urgencia de Ñuñoa, autorizado por SEREMI de Salud y en labor coordinada con Bomberos, Mutual de Seguridad, Carabineros y Seguridad Municipal. Esta actividad permite poner a prueba la coordinación en terreno, frente a una tragedia de estas implicancias, sensibilizando a todos los actores y comunidad usuaria y facilitando la asunción de los distintos roles de los participantes.

Para el año 2019 se espera:

- Dada la reciente reestructuración del nivel central de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Ñuñoa, desde el Departamento de Salud se ha participado y colaborado activamente en el rediseño de los procesos de gestión en el ámbito administrativo y financiero de la institución, esperando para el 2019, optimizar el soporte requerido por los Centros de Salud y sus funcionarios.
- Obtener la Reacreditación de CESFAM Rosita Renard, consolidando las buenas prácticas, la permanente revisión y documentación de los procesos, y lo que es más importante, otorgando una mejor calidad de servicio para nuestros usuarios.

- Obtener la Acreditación del Laboratorio Comunal, que se suma al proceso de estandarización de Prestadores Institucionales de Atención Abierta.
- Obtención de la Autorización Sanitaria para el Box Odontológico instalado en las dependencias del Liceo N°7 José Toribio Medina, y de la Clínica Odontológica Móvil.
- El aumento sostenido de los usuarios en condiciones de Dependencia Severa, hace imprescindible el fortalecimiento del equipo de salud que les brinda las prestaciones, así como el potenciar y proteger las acciones de los cuidadores, sus familias y optimizar las redes comunitarias.
- Desde el inicio del funcionamiento de CECOSF Villa Olímpica, la demanda de la comunidad ha sido creciente, generando la necesidad de extender la jornada de atención. Esto será reevaluado y expuesto a las autoridades pertinentes, en la búsqueda de financiamiento.
- Similar situación se vive con la Botica de Ñuñoa, la cual, dado el incremento sostenido de la demanda por los Ñuñoínos, hace plantear la necesidad de una segunda Botica de Ñuñoa, la cual se considera, sería instalada en Villa Olímpica.
- Para este año, nuevamente en conjunto con SECPLA Municipal, se re postulará la Reposición del CESFAM Rosita Renard, pues la actual infraestructura es insuficiente para poder desarrollar todas las prestaciones requeridas y acoger de manera adecuada a los funcionarios y nuestros usuarios.
- Finalmente mencionar que este Departamento de Salud, ha estado colaborando con la Autoridad Municipal y con las nuevas autoridades del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, en generar una propuesta viable y beneficiosa para nuestra comunidad, en el destino del actual edificio “Clínica de Ñuñoa”.

II. VISIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD DE ÑUÑO A.

Ser la red comunal líder en Salud Familiar de Chile.

III. MISIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD DE ÑUÑO A.

Mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios y sus familias, brindándoles prestaciones de salud familiar, centradas en las personas, de alta calidad técnica, oportuna, con uso eficiente de los recursos, con un equipo comprometido, motivado y con vocación de servicio.

IV. VALORES INSTITUCIONALES.

- RESPETO
- COMPROMISO
- CALIDAD
- EQUIDAD
- INNOVACIÓN
- IDEALISMO

V. RED DE SALUD DE ÑUÑO A

La red de Salud en la comuna de Ñuñoa está integrada por:

- Centro de Salud Familiar Rosita Renard y SAPU
- Centro de Salud Familiar Salvador Bustos y Centro de Urgencia
- COSAM Ñuñoa
- Laboratorio Comunal
- CECOSF Amapolas
- CECOSF Villa Olímpica
- Minicentro Pedro de Oña
- Minicentro Plaza Egaña
- Minicentro Plaza Ñuñoa

VI. CARTERA DE PRESTACIONES OTORGADAS POR LOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE ÑUÑO A.

PRESTACIONES	FUNCIONARIO										
	MEDICO	ENFERMERA	MATRON(A)	NUTRICIONISTA	PSICOLOGO	KINESIOLOGO	ASISTENTE SOCIAL	ODONTOLOGO	ORIENTADOR FAMILIAR	TECNICO PARAMEDICO / TENS	PODOLOGO
Control Pre-concepcional			x								
Control Prenatal	x		x								
Control Post parto y post aborto			x	x							
Control Puérpera con recién nacido hasta 10 días de vida			x								
Control Puérpera con recién nacido entre 11 y 28 días			x								
Control Climaterio			x								
Control Regulación de fecundidad			x								
Control Sano	x	x	x								
Controles de salud según ciclo vital	x	x	x							x	
Control de salud cardiovascular	x	x		x						x	
Control de salud de tuberculosis	x	x									
Control de infección de transmisión sexual	x	x	x								
Control de otros problemas de salud	x	x	x	x						x	
EMP	x	x	x	x						x	
Consulta anticoncepción de emergencia			x								
Consultas de morbilidad	x		x			x	x				
Consulta Salud Mental	x				x						
Consultoría Salud Mental	x				x		x				
Consultoría cardiovascular	x	x		x							
Control paciente usuario insulina	x	x		x							
Consultas respiratorias (IRA alta, SBO, Neumonía, Asma, EPOC, LCFA, fibrosis pulmonar, otras)	x										
Aplicación de instrumentos de evaluación (pauta breve, test de desarrollo psicomotor, protocolo neurosensorial, escala edimburgo, pauta de observación de relación vincular, escala ASQ)	x	x	x								
Plan Ambulatorio Básico programa alcohol y drogas	x				x				x		
Intervención Preventiva programa alcohol y drogas					x				x		
Intervención terapéutica programa alcohol y drogas					x				x		
Atención de salud odontológica								x			
Atención de urgencia odontológica GES y no GES								x			
Visitas domiciliarias integrales a familias	x	x	x	x	x	x	x			x	
Visita epidemiológica		x									
Visita a lugar de trabajo, estudio, jardín infantil, sala cuna, grupo comunitario	x	x	x	x	x	x	x				
Visita integral de salud mental	x	x	x	x	x	x	x				
Tratamiento y/o procedimientos en domicilio	x	x	x			x				x	
Rescate de pacientes inasistentes		x	x	x	x	x	x			x	
Actividad física grupal para programa salud cardiovascular						x					
Consulta de rehabilitación física						x					
Controles y procedimientos de rehabilitación física (evaluación ayudas técnicas, fisioterapia, masoterapia, ejercicios terapéuticos)						x					
Electrocardiograma										x	
Colocación y extracción de D.I.U.			x			x					
Intervenciones quirúrgicas menores	x										
Curación simple ambulatoria		x								x	
Oxigenoterapia a domicilio	x	x				x					
Lavado de oído		x								x	
Colocación de inyecciones		x								x	
Curación complejas		x								x	
Colocación sonda		x								x	
Atención podológica al paciente diabético											x
Toma de muestra de sangre		x								x	
Toma agudeza visual (ambos ojos)										x	
Insertión y remoción de Implante anticonceptivo			x								
Insertión de pellets subcutáneo	x	x								x	
Hemoglucotest instantáneo	x	x	x	x				x		x	
Despacho de recargas crónicas y morbilidad general										x	
Ecotomografía abdominal	x										
Biopsias de cirugía menor enviadas a anatomía patológica	x										

PRESTACIONES	FUNCIONARIO										
	MEDICO	ENFERMERA	MATRON(A)	NUTRICIONISTA	PSICOLOGO	KINESIÓLOGO	ASISTENTE SOCIAL	ODONTÓLOGO	ORIENTADOR FAMILIAR	TECNICO PARAMEDICO / TENS	PODÓLOGA
Consejerías individuales (estilos de vida saludable, actividad física, tabaquismo, salud sexual y reproductiva, regulación de fertilidad, prevención VIH e infección de transmisión sexual, prevención de la transmisión vertical del VIH, otras)	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Consejerías familiares (con riesgo psicosocial, con integrante de patología crónica o problema de salud mental o con enfermedad terminal o dependiente severo, otras)	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Atención oficinas de informaciones							X				
Consultas de morbilidad por enfermedades respiratorias en salas IRA, ERA y mixta	X					X					
Reuniones intrasector e intersector	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Actividades de difusión y comunicación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Estudios de familia	X	X	X	X	X	X	X	X			
Consulta desarrollo psicomotor		X									
Clínica lactancia materna		X	X	X							
EMPAD		X									
EMPAM		X									
Consulta nutricional (niño, adulto, embarazada)				X							
Intervención en crisis	X	X	X	X	X	X	X				
Psicoterapia individual					X						
Consulta social							X		X		
Informe social							X				
Test de ejercicio						X					
Rehabilitación pulmonar						X					
Evaluación y control rehabilitación muscoesquelética						X					
Examen de salud oral								X			
Educación en higiene oral								X			
Obturaciones (resinas, ionómeros, amalgamas)								X			
Exodoncia								X			
Endodoncias								X			
Trepanaciones								X			
Destratraje supragingival y pulido coronario								X			
Destratraje subgingival y pulido radicular								X			
Suturas								X			
Toma de radiografía dental								X			
Realización de actividades grupales (talleres vida sana, más adultos mayores autovalentes, ChCC, Salud cardiovascular, prevención de caídas, antitabaco, salud mental, entre otros)	X	X	X	X	X	X	X	X			
Programa Nacional de Inmunizaciones		X								X	

VI. CARTERA DE PRESTACIONES COSAM ÑUÑO.A.

PRESTACIONES	FUNCIONARIO					
	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO/A	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TECNICO REHABILITACION DROGAS	MONITORA HOGAR PROTEGIDO
Consulta Psiquiátrica	X					
Evaluación Psiquiátrica	X					
Evaluación Psicológica		X				
Psicodiagnóstico		X				
Consulta Psicológica		X				
Psicoterapia individual y grupal		X				
Consulta de Salud Mental			X	X		
Intervención Psicosocial grupal	X	X	X	X	X	
Talleres de Rehabilitación Psicosocial tipo 1 y 2		X	X	X		
Día cama Hogar Protegido						X
Visita Domiciliaria	X	X	X	X	X	
Consultoría de Salud Mental Adultos	X	X	X	X	X	
Consultoría de Salud Mental Infanto adolescentes	X	X	X			
Reuniones intra e intersectoriales	X	X	X	X	X	
Consejerías Individuales, Familiares y de Promoción.	X	X	X	X	X	

VII. DIAGNÓSTICO DE SALUD.

1. Estructura Poblacional:

El territorio geográfico de la comuna de Ñuñoa es urbano, con una superficie de 16,9 Km², con una población según CENSO 2017, de 208.203 personas, y una densidad poblacional de 12.319 habitantes/Km².

El índice de Adulto Mayor de la comuna es de 98.09 adultos de 65 años y más, por cada 100 menores de 15 años, lo que a nivel país es de 56.85, en CENSO 2017.

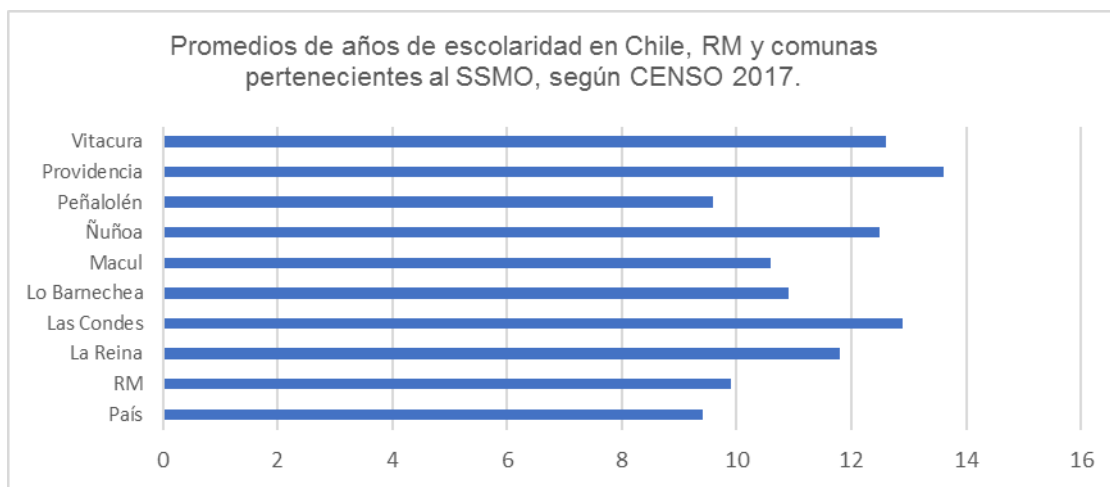
De igual fuente, se observa que el índice de Dependencia a nivel comunal es de 41.82 menores de 15 años y adultos de más de 65 años, por cada 100 personas entre 15 y 64 años. Esta cifra a nivel nacional es de 56.85%.

Cabe destacar, que tanto el Índice de Adulto Mayor, como el Índice de Dependencia, consideraban el Adulto mayor de 60 años y más, lo que a contar de este CENSO y el presente Plan de Salud, se realiza desde los 65 años.

El Índice de Femenidad es de 118,3 mujeres por cada 100 hombres.

El promedio de años de estudio de los habitantes de Ñuñoa es de 12,5 años, siendo el más alto el de la comuna de Providencia con 13,6 años. La cifra global del país es de 9,4 años y de la RM 9,9 años, tal como se observa en el gráfico N° 1.

Gráfico N° 1



Fuente INE.

En relación con la variable Vivienda, se puede observar en la siguiente tabla, la distribución según tipos de vivienda y las variaciones entre el CENSO 2002 y 2017. En este último se aprecia el aumento de la oferta inmobiliaria, específicamente a expensas de las viviendas tipo Departamentos de Edificios, que aumentaron de 31.144 a 68.682.

Tabla N°1:

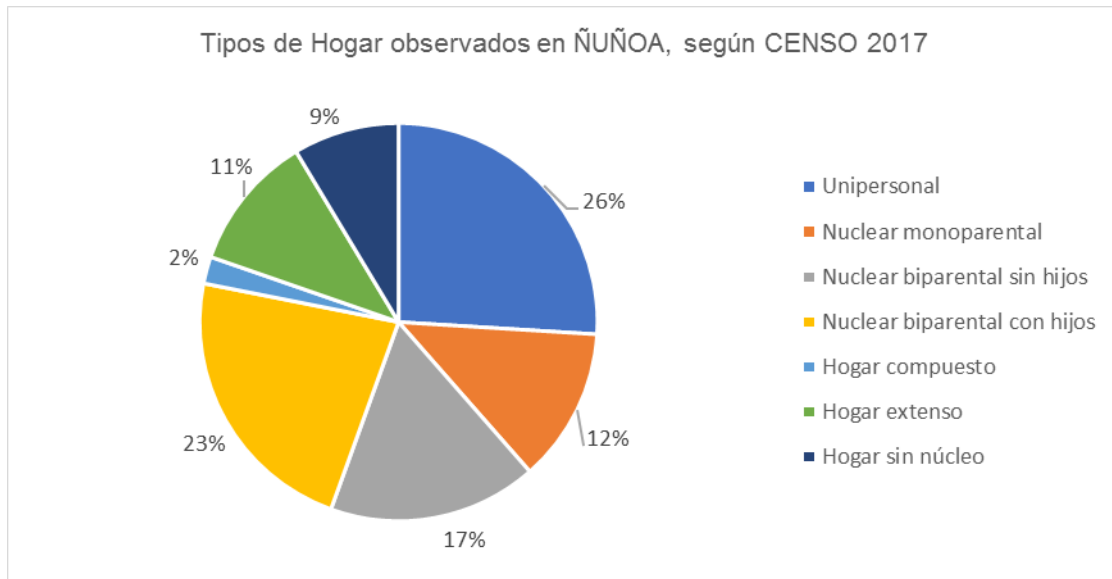
Distribución de los tipos de Viviendas en Ñuñoa, según CENSO 2002 y CENSO 2017.

Tipo de Viviendas	2002		2017		Variación porcentual
	N°	%	N°	%	
Casa	22819	41,7%	23091	25,0%	101,2%
Departamento en Edificio	31144	56,9%	68682	74,5%	220,5%
Pieza en Casa Antigua o Conventillo	235	0,4%	187	0,2%	79,6%
Mejora o Mediagua	73	0,1%	11	0,0%	15,1%
Rancho o Choza	2	0,0%	0	0,0%	0,0%
Ruca o vivienda tradicional indígena	0	0,0%	6	0,0%	
Móvil	6	0,0%	1	0,0%	16,7%
Otro tipo de Vivienda Particular	143	0,3%	143	0,2%	100,0%
Vivienda Colectiva	270	0,5%	127	0,1%	47,0%
Total.	54692	100,0%	92248	100,0%	168,7%

Fuente, INE.

En relación al tipo de hogar, el más frecuente es el Unipersonal, seguido por el Hogar Nuclear Biparental con Hijos, tal como se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico N° 2:



El año 2016, en base a proyección de población de INE, el 37,6% del total de Ñuñoínos, eran beneficiarios de FONASA, siendo mayor en el grupo de mujeres (41%), que en el de Hombres (33,4%). A nivel de SSMO, esta cifra era de 43,7%.

En relación a la población inscrita en los CESFAM de la comuna, se consideró la cifra al 30 de Agosto 2018, la cual corresponde a población en línea desde reportería FONASA, sin ser la definitiva para el cálculo de Convenios Per cápita que es en Octubre, pero que presenta mínima variación en relación a 2017. De un total de 72.020 inscritos, el 58,2% corresponde a Población femenina, y un 24,8% corresponde a población de 65 años y más. El índice de Adultos Mayores es de 192,2 Mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años. El Índice de Dependencia es de 60,5 menores de 15 años y mayores de 65 años por cada 100 personas en edad productiva (15 - 64 años).

Tabla N°2:**Distribución de la población inscrita de Ñuñoa a Octubre del año 2.018, según edad y sexo.**

Población en años	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 9 años	2.684	47,1%	2.914	52,9%	5.598	8,7%
10 a 14 años	1.518	50,0%	1.566	50,0%	3.084	4,2%
15 a 19 años	1.724	48,0%	1.749	52,0%	3.473	4,8%
20 a 44 años	12.599	59,7%	8.676	40,3%	21.275	30,6%
45 a 64 años	11.340	57,2%	7.710	42,8%	19.050	26,9%
65 y más años	13.005	65,1%	6.448	34,9%	19.453	24,8%
Sin Inf.	15	10,9%	72	89,1%	87	0,2%
Total	42.885	58,2%	29.135	41,8%	72.020	100,0%

Tabla N°3:**Distribución de la población inscrita de CESFAM Rosita Renard a Agosto del año 2.018, según edad y sexo.**

Población en años	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 9 años	1.361	47,1%	1.528	52,9%	2.889	8,7%
10 a 14 años	701	50,0%	702	50,0%	1.403	4,2%
15 a 19 años	763	48,0%	828	52,0%	1.591	4,8%
20 a 44 años	6.075	59,7%	4.101	40,3%	10.176	30,6%
45 a 64 años	5.114	57,2%	3.832	42,8%	8.946	26,9%
65 y más años	5.370	65,1%	2.878	34,9%	8.248	24,8%
Sin Inf.	6	10,9%	49	89,1%	55	0,2%
Total	19.390	58,2%	13.918	41,8%	33.308	100,0%

La población inscrita del CESFAM Rosita Renard, asciende a 33.308 personas, de las cuales el 58,2% es población femenina y un 24,8% es adulto mayor.

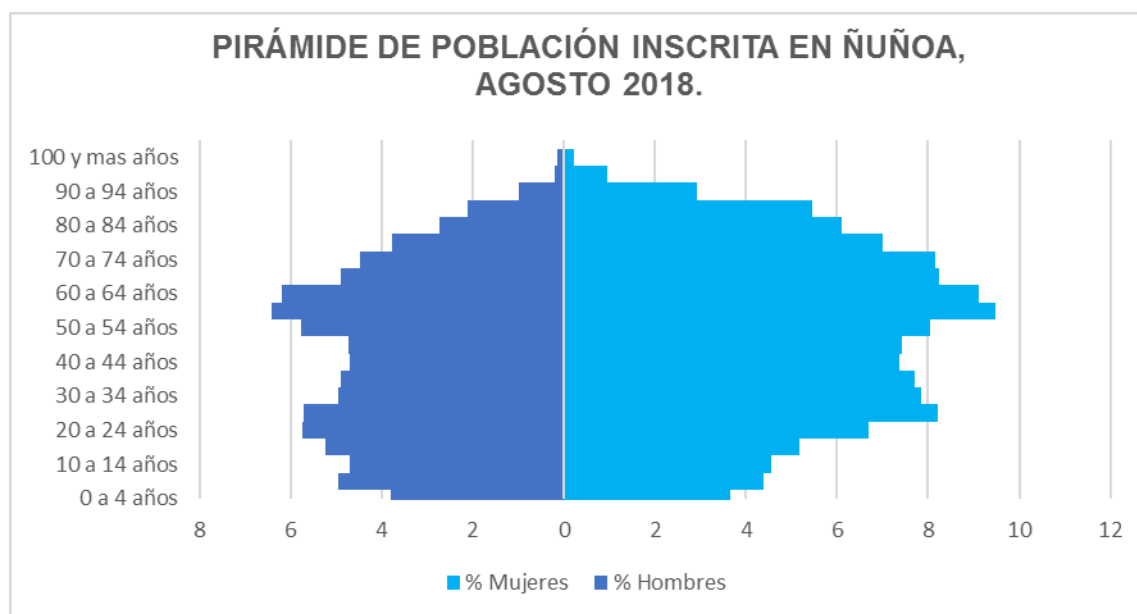
Tabla N°4: Distribución de la población inscrita y validada de CESFAM Salvador Bustos a Agosto del año 2.018, según edad y sexo.

Población en años	Sexo Femenino		Sexo Masculino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 9 años	1.323	48,8%	1.386	51,2%	2.709	7,0%
10 a 14 años	817	48,6%	864	51,4%	1.681	4,3%
15 a 19 años	961	51,1%	921	48,9%	1.882	4,9%
20 a 44 años	6.524	58,8%	4.575	41,2%	11.099	28,7%
45 a 64 años	6.226	61,6%	3.878	38,4%	10.104	26,1%
65 y más años	7.635	68,1%	3.570	31,9%	11.205	28,9%
Sin Inf.	9	28,1%	23	71,9%	32	0,1%
Total	23.495	60,7%	15.217	39,3%	38.712	100,0%

La población inscrita del CESFAM Salvador Bustos asciende a 38.712 personas, de las cuales el 60,7% es población femenina y un 28,9% es adulto mayor.

A continuación, observamos la pirámide poblacional de los usuarios inscritos a Agosto 2.018, destacando claramente una base angosta, que refleja la baja proporción de población infanto adolescente y un ensanchamiento en la cima, producto del aumento en la sobrevivencia de la población, especialmente en la población femenina.

Gráfico N°3:



Al analizar la distribución de los grupos de FONASA, según grupos etarios, se observa en ambos CESFAM, que más del 50% de la población infantil y de adultos mayores de 65 años, pertenecen al Tramo A o al B, los más empobrecidos y por ende también más vulnerables. La categorización “X” corresponde a Previsión indeterminada, que es más alta durante la vida productiva y coincide con los cambios de previsión, según las condiciones laborales.

Gráfico Nº 4:

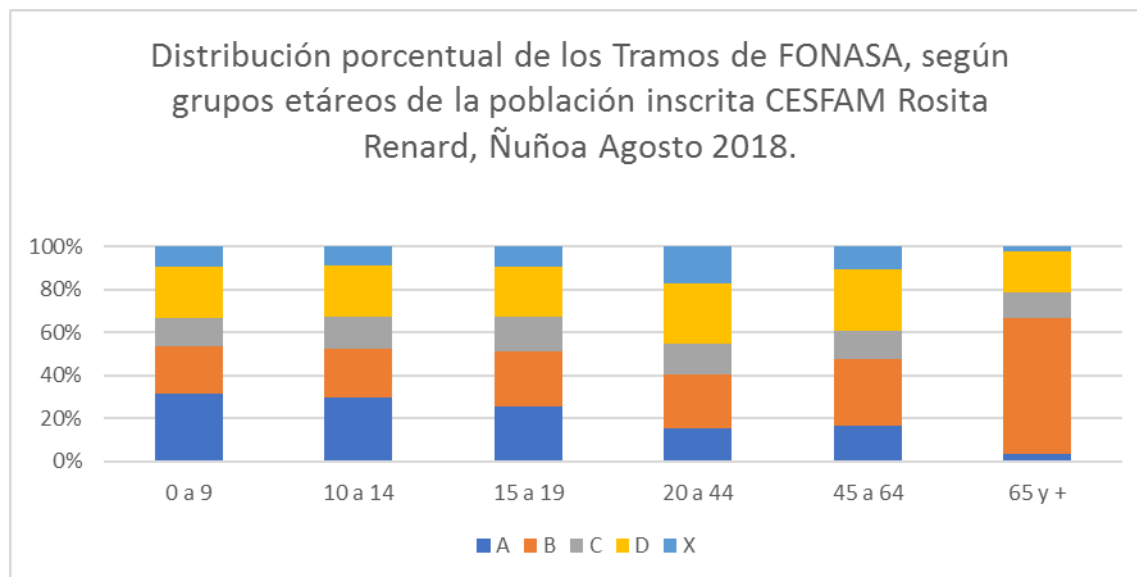
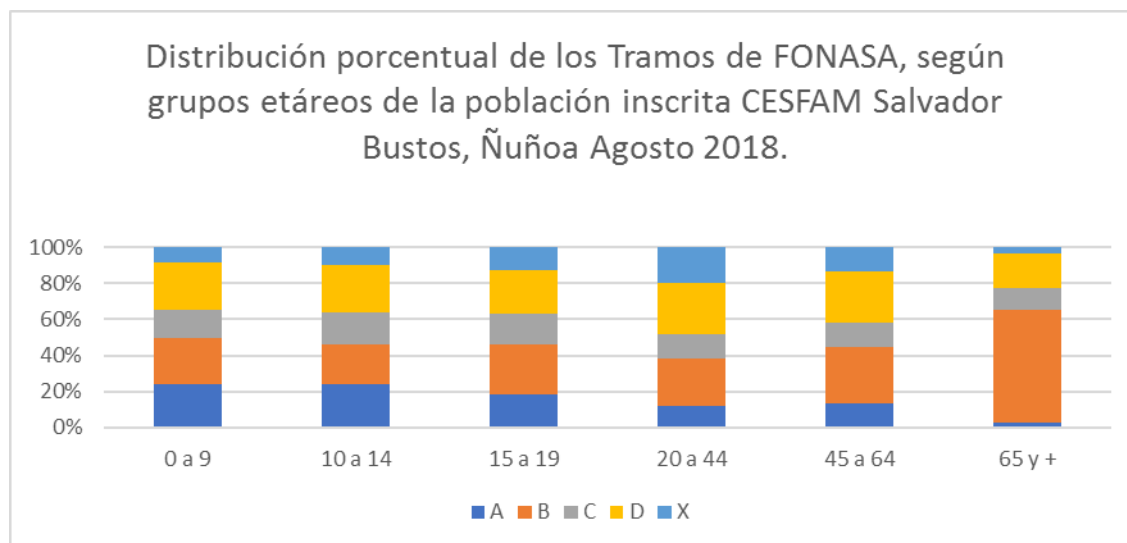


Gráfico Nº 5

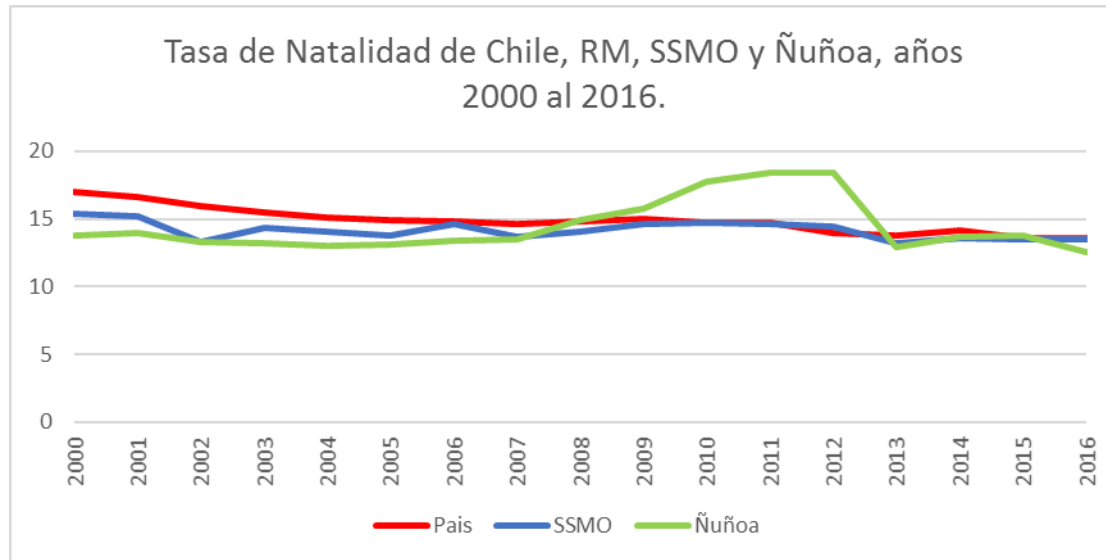


2. Indicadores Biodemográficos.

La Tasa de natalidad del país ha tenido una disminución sostenida desde 17 RN vivos por 1.000 habitantes el año 2000, a 13,6 el año 2016. Con relación al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la tasa ha variado desde 15,4 RN por 1000 habitantes en el año 2000 a 13,6 para el año 2016, manteniéndose durante este período por debajo de las cifras del país.

La comuna de Ñuñoa en tanto, el año 2000 se encontraba con una tasa bajo las cifras nacionales y del SSMO, con 13,8 RN por 1000 habitantes, manteniendo esta tendencia hasta el año 2007 que comienza un alza, hasta cifras de 18,4 los años 2011 y 2012, fecha en que nuevamente desciende a cifras de 12,5 RN por mil habitantes para el año 2016. Cabe destacar, que este aumento de la Natalidad, no se tradujo en aumento de la población bajo control infantil, la cual ha disminuido gradualmente.

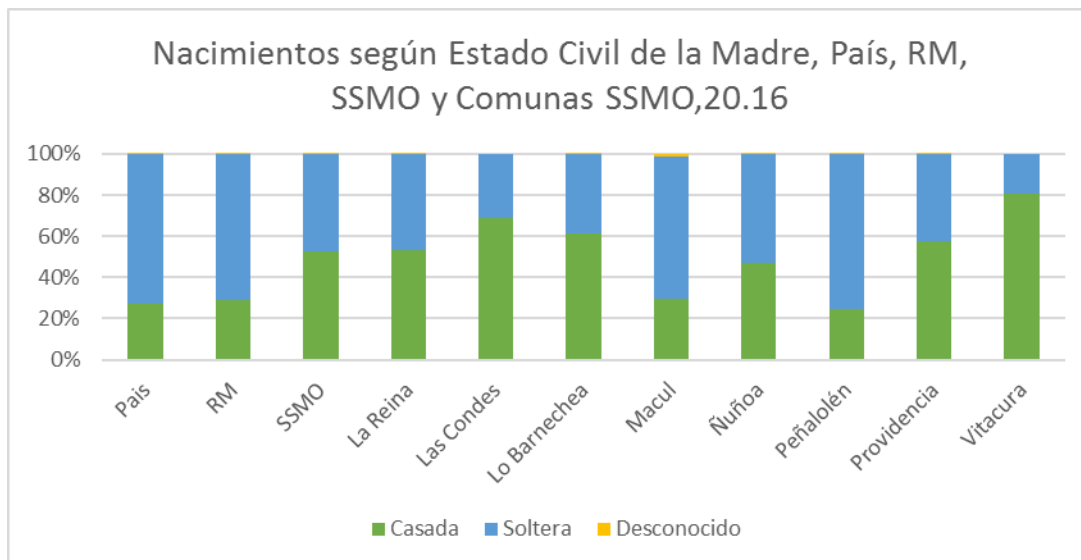
Gráfico N° 6:



En relación a la Atención Profesional del Parto, a nivel nacional la cifra es de 99,7%, siendo de 99,8% en la Región Metropolitana y la comuna de Ñuñoa.

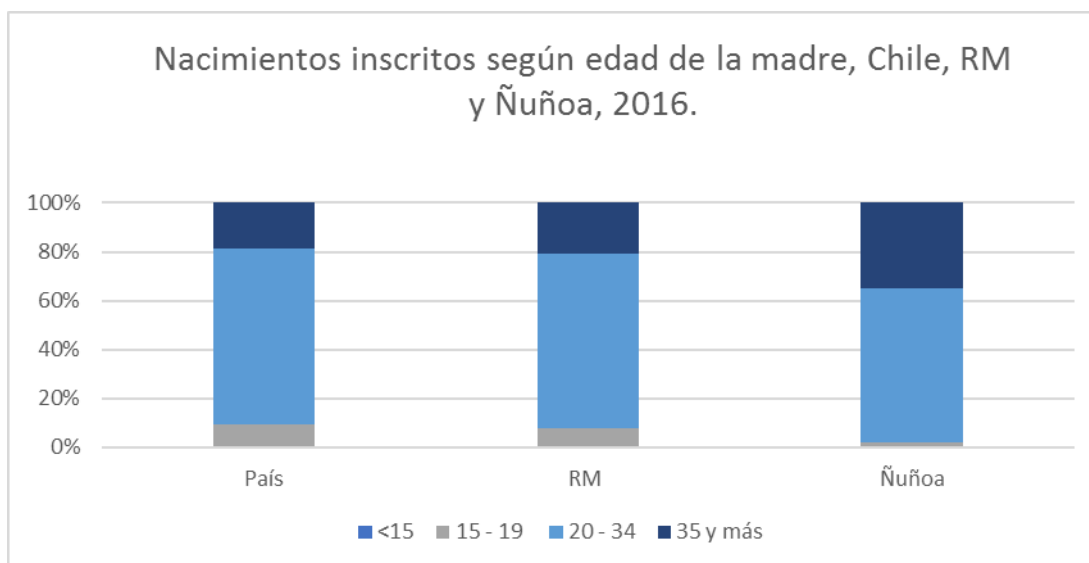
Al considerar el estado civil de las madres de los RN en el país, el año 2016, los nacimientos son en un 72,5% de madres solteras y un 27,3% de madres casadas. Esto es similar en la RM. En las comunas del SSMO, la distribución se detalla en el siguiente gráfico, destacando la comuna de Peñalolén que, del total de los nacimientos, un 75% es de madres solteras a diferencia de Vitacura en que el 80,9% es de madres casadas. En la comuna de Ñuñoa en tanto, el 52,6% de los nacimientos, son de madres solteras. Si bien, este dato aislado no se considera en la actualidad un factor de riesgo, es una aproximación y una variable psicosocial para considerar al caracterizar a una población. Desde el punto de vista de factor de riesgo psicosocial, es más bien la ausencia de pareja estable, independiente del estado civil, así como la monoparentalidad.

Gráfico N°7



En el Gráfico siguiente, se observa la distribución de los nacimientos, según la edad de la madre, destacando a nivel nacional y de RM, que los nacimientos en menores de 19 años representan menos del 10% de éstos, siendo menor al 2% en Ñuñoa. A nivel país y RM, alrededor del 70% de los nacimientos ocurren entre los 20 y 34 años de la madre, En Ñuñoa, esto representa el 63,1% de los nacimientos, aumentando en las edades de 35 y más a 35%.

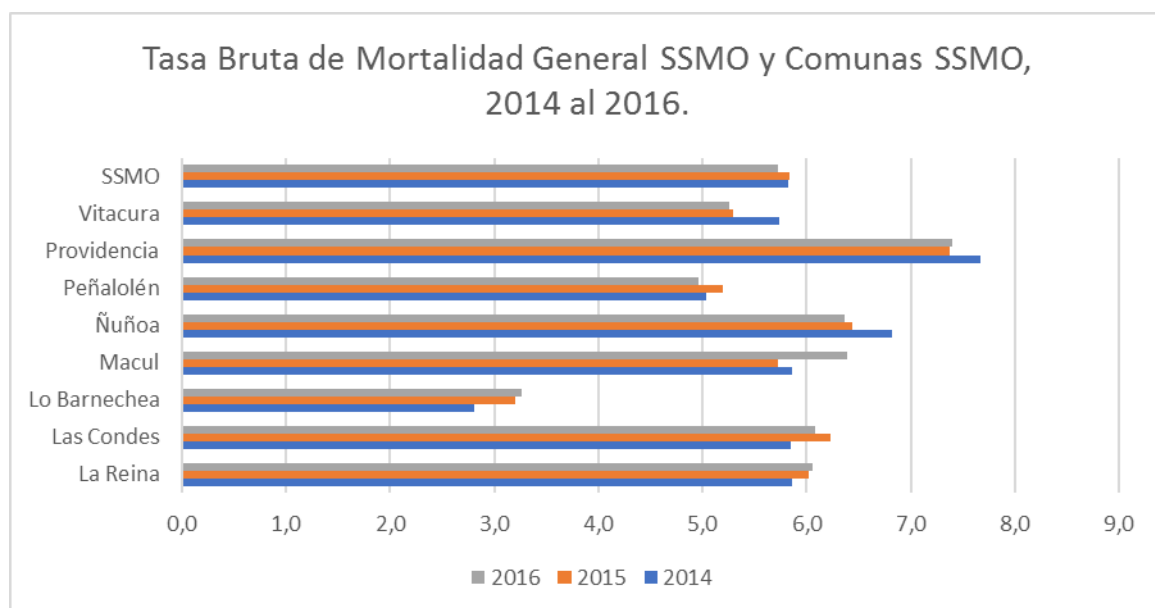
Gráfico N°8:



Al analizar el gráfico N° 9, de Tasa Bruta de Mortalidad de las comunas perteneciente al SSMO años 2014 al 2016, podemos apreciar que Ñuñoa junto a Providencia, presentan las mayores tasas del Servicio, con cifras de 6,36 y 7,4 por mil habitantes respectivamente, seguidas por las comunas de La Reina y Las Condes con cifras de 6 por mil habitantes cada una.

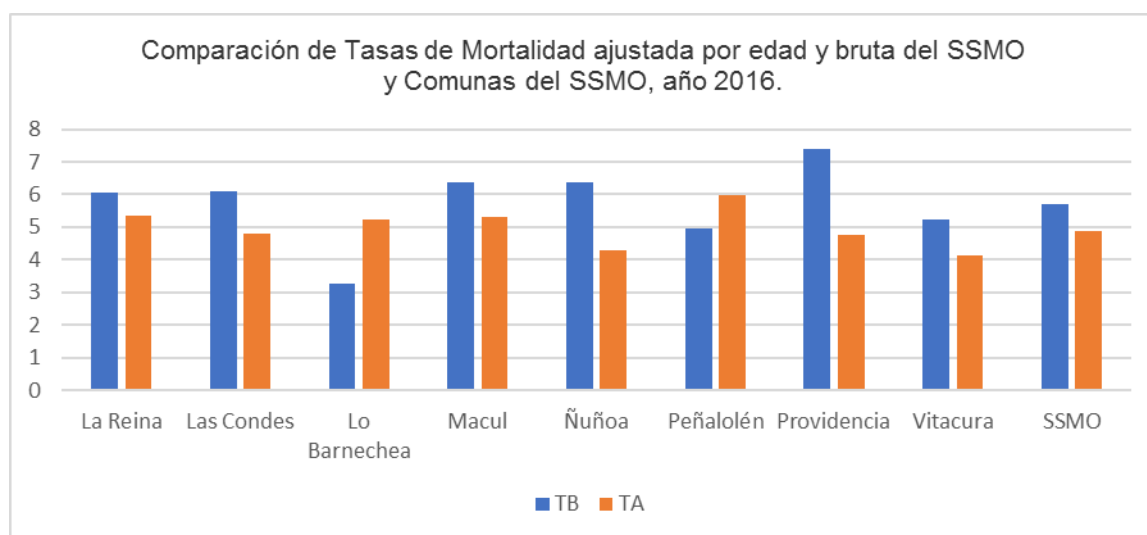
Dado que estas comunas tienen composiciones etáreas muy diversas, es importante poder realizar esta comparación con Tasas de Mortalidad ajustadas.

Gráfico N° 9



Se realiza estandarización por método directo, utilizando la población del país para el mismo año, que tiene una Tasa de Mortalidad General de 5,71. Las comunas con un mayor porcentaje de Adultos Mayores, tienden a reducir sus tasas de mortalidad. La comuna de Ñuñoa queda con TA de 4,28 defunciones por mil habitantes y Vitacura con 4,11.

Gráfico N° 10:



En la Tabla N°5 se observa la mortalidad general por sexo, en cuadro comparativo de Ñuñoa, Región Metropolitana y Total País, para el año 2016, pero que al comparar con Índice de Swaroop (% de defunciones en población de 60 años y más), se evidencia en Ñuñoa, que el 88,6% de las defunciones ocurre en mayores de 60 años, lo cual es menor en la Región Metropolitana y Total País. Esto es similar a lo que ocurre en países desarrollados, en los que este índice es de alrededor de 90%.

Tabla N° 5: Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2016.

Región y Comuna	Mortalidad General			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres			
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Total	Hombres	Mujeres
Total País	5,7	6,1	5,4	78,6%	73,8%	84,1%
Región Metropolitana	5,3	5,5	5,9	78,8%	73,3%	84,6%
Ñuñoa	6,4	6,0	6,7	88,6%	83,5%	92,4%

En la siguiente tabla, se observa la distribución de la Tasa de Mortalidad infantil, según componentes, destacando que, en Ñuñoa, la cifra es de 2,5 defunciones de niños menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos, siendo que la cifra a nivel de la Región Metropolitana es de 6,6 y a nivel País de 7. Lo mismo sucede con la Mortalidad Neonatal, Neonatal precoz y post neonatal.

Tabla Nº 6:

Tasa de Mortalidad* infantil y sus componentes, por residencia de la madre, en Chile, Región Metropolitana y Ñuñoa. 2016 (DEIS).

Región y Comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
	Defunción menores de 1 año	Tasa*	Defunción menores 28 días	Tasa*	Defunción menores 7 días	Tasa*	Defunción 28 días a 11 meses	Tasa*
Total País	1.629	7,0	1.213	5,2	956	4,1	416	1,8
RM	643	6,6	484	5,0	378	3,9	159	1,6
Ñuñoa	7	2,5	6	2,1	6	2,1	1	0,4

En relación a las tasas de mortalidad en el grupo de 1 a 4 años y en el de 5 a 9 años, según registros del DEIS, para el 2016 se observan Tasas muy por debajo de las cifras nacionales y de Región metropolitana.

Tabla Nº 7:

Tasa de Mortalidad* en la niñez, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia, en Chile, Región Metropolitana y Ñuñoa. 2016 (* Tasa por 100.000)(DEIS).

	0 a 4 Años			5 a 9 Años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
País	151,8	158,2	140,9	133	139	127
RM	146,6	154,8	131,2	128	137	119
Ñuñoa	87,9	115,5	59,5	20,1	39,8	0

En la población adolescente, se registra 1 caso en el grupo de hombres de 15 a 19 años y 2 casos en la misma edad, en los grupos de mujeres, con una tasa de 24,5 defunciones por cada 100 mil jóvenes de esas edades.

Tabla Nº 8: Tasa de Mortalidad* en la adolescencia, según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia, en Chile, Región Metropolitana y Ñuñoa. 2016 (* Tasa por 100 mil habitantes) (DEIS).

Región y Comuna	10 a 14 años			15 a 19 años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	16,3	16,9	15,7	43,7	58,3	28,5
RM	13	12,1	13,9	39,4	49,5	28,9
Ñuñoa	9,9	0,0	20,4	24,5	16,0	33,4

Como se aprecia en la tabla siguiente, la tasa de mortalidad en el grupo de 20 a 44 años, de Ñuñoa, es casi la mitad de la observada a nivel del País, e igualmente menor que la de la región Metropolitana. Al analizar las tasas de Ñuñoa en el grupo de 20 a 44 años, esta es mayor en el grupo de mujeres a diferencia del grupo de 45 a 64 años, en que ya se observan mayores tasas en el grupo de hombres.

Tabla Nº 9: Tasa de Mortalidad de población de adultos, según grupos de edad y sexo, para el País, Región Metropolitana y Comuna de residencia en Ñuñoa. 2016 (* Tasa por 10 mil habitantes) (DEIS).

Región y Comuna	20 a 44 años			45 a 64 años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	9,61	13,7	5,46	45,1	57,1	33,5
Región Metropolitana	8,7	12,4	5,0	41,2	52,5	30,8
Ñuñoa	5,41	7,5	34,2	24,3	34,0	17,1

En relación a las defunciones en el grupo de 65 a 79 años, en la comuna de Ñuñoa, para el año 2016, la tasa de mortalidad es casi la mitad de la observada para la Región Metropolitana y País, siendo la tasa de mortalidad de los varones, superior a la de las mujeres, en las tres áreas geográficas. En la tasa de mortalidad del grupo de 80 años y más, la diferencia es de casi 20 puntos, observándose valores de 79,2 defunciones por cada 1000 adultos del mismo grupo, manteniéndose la diferencia entre las tasas de mortalidad de Hombres y Mujeres, siendo menor en éstas últimas, en todos los grupos etarios.

Tabla N° 10:

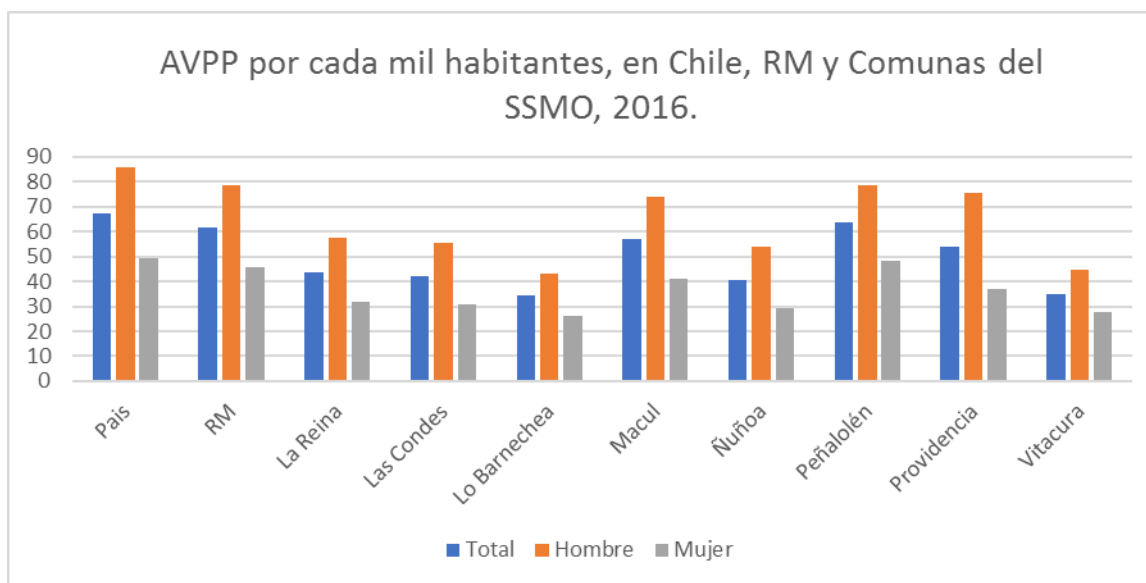
Tasa de Mortalidad de los adultos mayores, según grupos de edad y sexo, para el País, Región Metropolitana y Comuna de residencia en Ñuñoa, 2016 (* Tasa por mil habitantes) (DEIS).

Región y Comuna	65 a 79 años			80 y más años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	21,3	26,8	16,8	104,8	123,7	94,7
Región Metropolitana	20,0	25,7	15,6	104,9	125,2	94,2
Ñuñoa	11,2	14,8	8,9	79,2	94,1	73,3

Otra medida de daño en la salud de una población es el concepto de Años de Vida Potenciales Perdidos, que se traduce como la pérdida que sufre una sociedad como consecuencia de los fallecimientos prematuros, considerando entonces que un fallecimiento a menor edad significa una mayor pérdida en años. Este indicador refleja entonces el acceso a la salud y la protección a los grupos vulnerables como aquellos de menor Nivel socioeconómico y también aquellos de mayores edades.

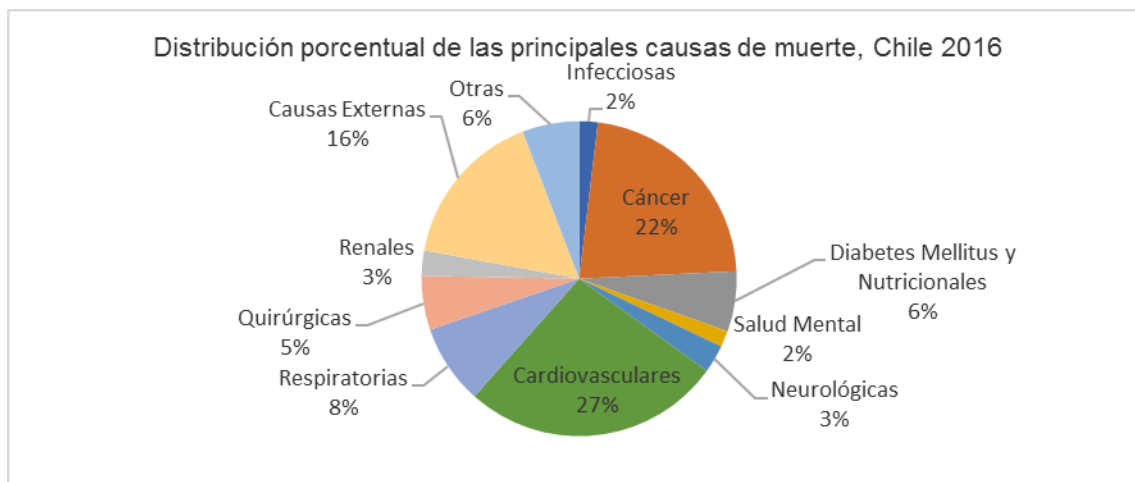
Al observar el siguiente gráfico podemos concluir que los hombres en todos los grupos de la serie presentan muertes prematuras en mayor grado que las mujeres. Así mismo, que las comunas de Lo Barnechea, Vitacura y Ñuñoa, tienen menores valores que el resto de las comunas, RM y el país, siendo de 34,2 años por mil habitantes para Lo Barnechea; 35,1 para Vitacura y 40,5 para Ñuñoa. Con relación a las mujeres de estas mismas comunas, todas tienen cifras inferiores a 30 años por mil habitantes de AVPP.

Gráfico Nº 11:



A continuación, se detalla la distribución de los principales grupos de causas de mortalidad, del País, año 2016, correspondiendo un 27% a causas del Grupo de Enfermedades Cardiovasculares y un 22% a Neoplasias. Llama la atención el aumento ponderal de las causas externas, que el año 2012 era de un 5% y el 2016 de 16%.

Gráfico Nº12:



Por otra parte, al analizar los principales diagnósticos como causas de defunción en hombres, la Enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular ocupan el primer lugar, siendo responsables de casi el 17% del total de las muertes.

En segundo lugar se destaca la Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado observa que es responsable de casi un 6% de las defunciones en Hombres.

En relación a las Neoplasias específicas se ubica en primer lugar el Cáncer de Estómago con un 3,93% del total de las muertes, seguido por el Cáncer de Próstata 3,85 Cáncer de Pulmón y Bronquios con un 3,42%.

Gráfico N°13:

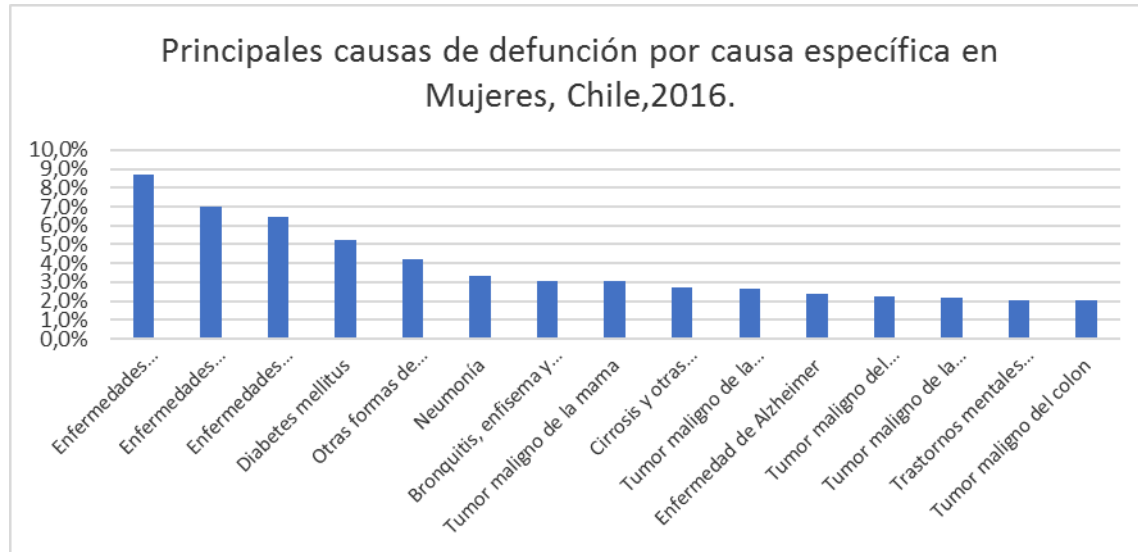


En relación a los principales diagnósticos como causas específicas en mujeres, destacan las Enfermedades cerebro vasculares con un 9% y luego Enfermedades Hipertensivas con un 7%. La enfermedad isquémica es responsable del 6,5% del total de las defunciones. Las causas cardiovasculares, representan un 22% del total de las causas de muerte en mujeres.

Llama la atención, que la Diabetes Mellitus es responsable del 5% de las muertes.

Con relación a las causas de muerte por Neoplasias, está en primer lugar el Cáncer de mama con un 3% del total de las defunciones, luego el de Pulmón y bronquios con un 2,62% y luego estómago y vías biliares con un 2% cada uno.

Gráfico N° 14:



3. Indicadores Socioeconómicos:

- La prevalencia de analfabetismo en la comuna ha descendido en los últimos años, alcanzando el 0,2% de la población mayor de 15 años, siendo un 2,3% en la RM y un 4,5% a nivel país, para el año 2009.
- En relación al promedio de años de estudio, según el CENSO 2017, hemos descendido en relación al año 2009, en que el promedio de la Comuna de Ñuñoa era de 14 años, actualmente el promedio es de 12,5 años.
- En relación a mediciones de Pobreza realizadas en Encuesta CASEN, desde el 2013 se incorpora a las cifras de Pobreza por Ingresos, la Pobreza Multidimensional. Esta variable considera carencias que pueden exhibir los hogares en cuatro dimensiones del bienestar (diferentes del ingreso):
 1. Educación
 2. Salud
 3. Vivienda
 4. Trabajo y seguridad social.
- En el contexto de la difusión de resultados de Casen 2015, se amplió la metodología de medición de pobreza multidimensional a 5 dimensiones, a saber:
 1. Educación
 2. Salud
 3. Vivienda y Entorno
 4. Trabajo y seguridad social.
 5. Redes y Cohesión Social.

- De este modo, Chile cuenta en la actualidad con dos metodologías complementarias de medición de pobreza por ingresos y multidimensional, para su aplicación en los niveles de representación de la encuesta Casen.

Tabla N° 11:

Población en situación de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional, según Indicadores Comunes CASEN RMS 2015.

COMUNA	Pobreza por Ingresos (%)	Pobreza Multidimensional (%)
VITACURA	0	2.8
LA REINA	2.3	9.8
LO BARNECHEA	2.5	17.3
PROVIDENCIA	0.7	4.6
ÑUÑO A	2.4	10.7
LAS CONDES	0.6	4.8
MACUL	5.3	17.5
PEÑALOEN	4.8	20.7

- El índice de Calidad de Vida Urbano 2018, sitúa a la comuna de Ñuñoa en lugar N°7, ascendiendo del N°10 en que estaba el 2017, con 59.89 puntos.
- Este es un “índice sintético que mide y compara en términos relativos la calidad de vida urbana de comunas y ciudades en Chile, a partir de un conjunto de variables referidas a seis dimensiones que expresan el estado de situación en la provisión de bienes y servicios públicos y privados a la población residente y sus correspondientes impactos socio-territoriales, tanto a la escala de ciudades intermedias como de ciudades metropolitanas”.
- En enero del año 2015, el Ministerio de Desarrollo Social introdujo un conjunto de modificaciones en la metodología tradicionalmente utilizada para la medición de la pobreza por ingresos, y, además, inició una medición complementaria de pobreza multidimensional. Esto permite relevar el quehacer político comunal, en éstas distintas áreas de interés.
- Pobreza por ingresos corresponde a la situación de personas que forman parte de hogares cuyo ingreso total mensual es inferior a la “línea de pobreza por persona equivalente”, o ingreso mínimo

establecido para satisfacer las necesidades básicas alimentarias y no alimentarias en ese mismo período, de acuerdo al número de integrantes del hogar.

- Pobreza multidimensional corresponde a la situación de personas que forman parte de hogares que no logran alcanzar condiciones adecuadas de vida en un conjunto de cinco dimensiones relevantes del bienestar, entre las que se incluye: (1) Educación; (2) Salud; (3) Trabajo y Seguridad Social; (4) Vivienda y Entorno; y, (5) Redes y Cohesión Social. Dichas condiciones son observadas a través de un conjunto ponderado de 15 indicadores (tres por cada dimensión) con los que se identifican carencias en los hogares. Los hogares que acumulan un 22,5% ó más de carencias se encuentran en situación de pobreza multidimensional.
- Según la estimación de porcentajes de población en situación de pobreza por ingresos y de población en situación de pobreza multidimensional por comuna (2015), se obtiene para Ñuñoa, un 2,4% de pobreza por ingreso (error estándar 0,53), y un 10,7% de pobreza multidimensional (error estándar de 1,88), Siendo para la Región Metropolitana de 7,1% y 20,1%, respectivamente.
- Esta información no es comparable con datos de la Encuesta Casen 2013, ya que esta última no fue diseñada para entregar resultados representativos a nivel comunal.
- Por primera vez se entrega información sobre pobreza multidimensional a escala comunal. Esta información considera la metodología de medición con entorno y redes.
- El uso complementario de la información de pobreza por ingresos y multidimensional permite enriquecer los diagnósticos a nivel comunal, identificando distintos grupos de interés prioritario para la política social.

4. Determinantes ambientales:

- Acceso a Alcantarillado y agua potable sobre 99%.
- Índice de Habitabilidad:
La medición de la habitabilidad relativa de las comunas de la RM en términos de oferta de aquellos medios que permiten el bienestar de sus habitantes, medios que se relacionan tanto con las condiciones del medio físico como en algunos atributos de la calidad ambiental de las comunas. Este índice surge de la misma metodología original que el año 2005 dio origen al Índice de Calidad de Vida, pero que posteriormente fue renombrado por considerarse éste concepto más adecuado respecto del propósito del instrumento.

Los indicadores que componen este índice están relacionados con:

- Factores de condiciones de la vivienda
- Situación de los servicios básicos anexos a la vivienda
- Calidad del espacio público
- Accesos a servicios de educación y salud.

Las variables que el estudio considera son las condiciones de la vivienda y los servicios básicos anexos a ella, la calidad del espacio público y el acceso a los servicios de educación y salud.

Los resultados obtenidos el 2010, indican que las comunas con los más altos índices de habitabilidad son Vitacura, La Reina, Lo Barnechea, Providencia, Las Condes y Ñuñoa.

5.- Determinantes Sociales.

Los Determinantes Sociales de Salud, según la OMS, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. De esta manera, esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por las diferentes organizaciones e instituciones tanto públicas como privadas.

En el siguiente informe del diagnóstico participativo realizado en la comuna de Ñuñoa, se observa que los principales determinantes sociales de la salud reconocidos por la población local son:

- La segregación social
- Los altos niveles de tráfico y consumo de drogas
- Los malos hábitos alimenticios

De esta manera, los tres problemas como factores determinantes de la salud en la comuna tienen directa relación con la condición de vida cotidiana de sus habitantes que se ve influenciada por una distribución desigual de poder, el dinero y los recursos. Por esa razón, sus causas y efectos deben tenerse en consideración cuando se desea observar la salud pública desde un enfoque de determinantes sociales, lo que nos lleva a considerar a la salud desde una dimensión comunitaria, no individual.

6. Determinantes relacionados con Recursos de salud:

- Recursos humanos por 10.000 habitantes:

Tabla N°12: Recurso humano disponible de CESFAM Rosita Renard, según la dotación vigente y relación recurso humano según per capita 2018.

RRHH	N° horas semanales	N° jornadas 44 horas	Población/Jornada 44 horas	Jornadas Profesionales /10.000 inscritos
Médico	705	16,02	2000	5
Odontólogo	437	9,93	3227	3,1
Qco. Farmacéutico	44	1	32045	0,3
Enfermera	749	17	1885	5,3
Matrón(a)	314	7,14	4488	2,2
Nutricionista	297	6,75	4747	2,1
Psicólogo(a)	302	6,9	4644	2,2
Asistente Social	220	5	6409	1,6
Profesora	66	1,5	21363	0,47
Kinesióloga	385	8,75	3662	2,7
Terapeuta Ocupacional	44	1	32045	0,3

Tabla N°13:

Recurso humano disponible de CESFAM Salvador Bustos, según la dotación vigente y relación recurso humano según per capita 2018.

RRHH	N° horas semanales	N° jornadas 44 horas	Población/Jornada 44 horas	Jornadas Profesionales /10.000 inscritos
Médico	756	17.2	2214	4.4
Odontólogo	678	15.4	2469	4.0
Enfermera	803	18.3	2085	4.7
Matrona	396	9.0	2564	2.3
Nutricionista	277	6.3	6044	1.6
Kinesiólogo	359	8.2	4663	2.1
Psicóloga	278	6.3	6022	1.6
Asistente Social	314	7.1	5332	1.8
Tecnólogo Médico	66	1.5	20954	0.4

VIII. TENDENCIAS DISTINOS INDICADORES DE CESFAM ROSITA RENARD Y SALVADOR BUSTOS.

**TENDENCIA DISTINTOS INDICADORES CESFAM
SALVADOR BUSTOS 2007-2018**

Infancia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Prevalencia LME al mes	0	42.1	76.38	74.36	76.21	73.66	81.73	76.38	76.69	71.88	70.99	77.77	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Prevalencia LME al los 3 meses			69.60	66.49	58.99	56.83	65.75	70.58	64.94	75.78	65.69	67.28	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Prevalencia LME a los 6 meses			33.95	41.31	39.39	40.43	43.17	45.78	44.65	65	61.15	65.32	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Niños menores de 6 años con déficit de peso	2.83	3.22	3.5	4.01	4.33	4.81	4.58	4.69	4.45	5.03	5.28	5.02	BC JUNIO
Niños menores de 6 años con sobrepeso	22.6	21.90	23.53	20.72	20.96	19.59	19.15	18.47	18.18	18.95	21.21	20.44	BC JUNIO
Niños menores de 6 años con obesidad	9.36	8.69	7.87	8.8	7.92	8.23	14.62	6.85	6.42	7.58	6.04	5.81	BC JUNIO
Cobertura de EDSM (niños 12 a 23 meses)	82.7	80.00	72.41	87.06	94.15	100.55	101.07	98.67	96.06	77.6	80	83.85	REM MENSUAL + BC JUNIO
Niños con déficit del desarrollo psicomotor (DDSM)	5.46	6.44	5.82	5.49	5.02	1.70	1.34	0.70	0.62	0.31	2.65	1.8	REM MENSUAL + BC JUNIO
Altas odontológicas total en niños de 6 años	0	82	91.44	90.50	76.48	80.41	89.03	85.29	88.49	64.29	66.57	63.45	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Población Infantil bajo Control						2955	2475	2205	2080	2177	2243	2339	PBC JUNIO

Adolescencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Población adolescente bajo control	2125	2349	1817	2052	1901	1900	1788	1654	1190	1190	1482	1449	ESTADO NUTRICIONAL DE DICIEMBRE
Ingresos a control prenatal adolescentes menores de 15 años	0.28	0.26	0.22	0.23	0.23	0.99	0.25	0.25	1.16	0	0.44	0	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Ingresos a control prenatal adolescentes de 15 - 19 años	8.73	10.84	13.14	13.19	14.95	14.07	10.27	9.09	8.72	11.16	5.7	5.2	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Adolescentes bajo control con método de regulación fertilidad	13.03	14.36	15.22	18.33	19.04	10.89	13.27	13.32	13.5	10.91	11.91	12.96	BC JUNIO
Adolescentes bajo control por consumo OH y Drogas	S/R	0.63	0.05	0.05	0.11	0.15	0.16	0.78	1.26	3.03	1.28	1.38	BC JUNIO
Altas odontológicas total en adolescentes de 12 años	75.00	70.00	77.28	74.94	76.35	74.37	71.23	74.74	77.81	47.7	73.27	53.42	REM MENSUAL ENERO-SEPT.

Adulto	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Cobertura EMP 20 a 44	0	32.0	112.26	103.46	114.29	107.34	118.7	101.8	100.86	56.59	69.72	78.94	REM MENSUAL ENERO-SEPT. (SEGÚN IAAPS)
Cobertura EMP 45 a 64	0	93.9	137.84	105.45	107.38	93.53	101.83	105.0	102.93	54.62	77.97	93.78	REM MENSUAL ENERO-SEPT. (SEGÚN IAAPS)
Pacientes prediabéticos *	38	62	37	44	101	122	133	236	351	459	481	586	BC JUNIO
Cobertura Hipertensión arterial	60.2	61.2	60.0	58.22	58.84	62.84	66.69	62.52	66.5	72.36	73.86	75.22	BC JUNIO

Cobertura Diabetes mellitus	27.54	26.8	32.36	30.9	31.28	35.42	38.87	39.08	38.87	44.39	45.38	45.71	BC JUNIO
Pacientes con dislipidemia* bajo control	30.9	30.2	36.30	37.06	25.03	29.91	32.49	25.59	52.33	50.29	56.44	58.21	BC JUNIO
Pacientes fumadores bajo control	52.53	27.75	38.36	44.07	28.62	21.9	25.85	27.74	22.84	21.4	27.21	25.84	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con DM tipo 2 controlada	31.1	33.7	34.97	31.05	33.81	12.92	13.87	13.94	15.94	16.05	17.53	15.19	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con HTA controlada	62.1	55.0	54.12	52.53	61.96	64.53	38.34	42.68	45.84	44.24	49.01	48.52	BC JUNIO
Indice de Pesquisa TBC													
Pacientes bajo control por trastorno del ánimo	7.03	4.09	6.9	11.00	13.77	18.28	20	19.46	18.27	18.28	17.15	17.86	BC JUNIO

* Hiperglicemia en ayunas;
Intolerantes a la glucosa y
Resistencia a la Insulina

°El dato de pacientes
prediabeticos son números
enteros, no son porcentajes y
en el año 2007y 2008 no
estaban separados los
adultos de los adultos
mayores, por lo que ese dato
contiene los dos grupos.

**Nos. enteros.

Salud Sexual y Reproductiva y Mujer	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Cobertura Test Elisa embarazadas	98.00	98.0	99.00	99.00	99.00	99.00	100.00	100.00	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	JEFE DE PROGRAMA
Altas Odontológica total en embarazadas	71.26	91.0	66.59	73.84	64.2	68.64	69.17	61.55	66.28	81.55	65.79	71.30	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Ingreso precoz a control prenatal (antes de las 14 semanas)	75.2	83.0	87.52	89.12	89.49	87.16	89.72	88.83	88.66	86.27	92.98	90.86	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Embarazadas con malnutrición por déficit	19	17.0	14.15	8.61	5.50	7.39	3.40	7.55	8	5.22	4.48	1.5	BC JUNIO
Embarazadas con malnutrición por excerso (sobrepeso)	40.00	32.0	26.41	41.63	34.50	17.05	17.04	15.69	14.67	11.94	17.91	27.81	BC JUNIO
Embarazadas con malnutrición por exceso (obesidad)	15	27.0	9.43	12.44	12.00	17.05	7.95	14.53	24	35.07	17.16	18.04	BC JUNIO
Cobertura PAP en mujeres de (20 a 64 años)25 - 64 años	60.4	61.0	61.3	61.8	57.64	56.67	61.4	66.1	66.7	67.2	65.8	66.9	JEFE DE PROGRAMA
Mamografías informadas como BIRADS 4 -5	0.84	0.58	0.22	1.27	0.71	0.82	0.08	0.32	0.49	0.26	0.27	0.36	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Resultados PAP NIE 1, 2 o 3	11	7	6	3	6	6	11	4	5	3	5	7	JEFE DE PROGRAMA
PAP infomados como Ca invasor	1	8	5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	JEFE DE PROGRAMA

Adulto Mayor	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Cobertura EFAM-EMPAM	29.33	27.86	30.16	26.01	28.22	28.79	30.29	30.69	26.00	25.77	30.85	30.52	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Adulto mayor bajo peso	10.9	12.7	11.77	12.9	12.53	11.18	12.35	11.38	12.52	11.50	12.49	12.24	BC JUNIO
Adulto mayor sobrepeso	25.25	22.55	26.90	26.3	25.54	27.29	25.19	25.86	24.54	23.53	23.29	23.61	BC JUNIO
Adulto mayor obeso	12.8	15.2	14.34	15.3	15.30	15.13	16.32	15.31	14.55	15.64	15.81	16.11	BC JUNIO
Adulto mayor autovalente sin riesgo	53.9	43.13	39.27	42.7	48.24	58.78	59.34	58.75	57.16	56.97	57.38	57.76	BC JUNIO
Adulto mayor autovalente con riesgo	25.87	32.38	31.84	32.9	28.38	23.42	26.28	24.80	24.86	24.21	23.43	24.01	BC JUNIO
Adulto mayor en riesgo de dependencia	20.21	24.48	28.87	24.29	23.38	17.8	14.37	16.44	17.98	18.82	19.20	18.22	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente leve (Barthel)	S/R	3.5	4.02	6.15	7.78	5.8	14.38	15.09	11.55	14.13	11.89	13.49	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente moderado (Barthel)	S/R	67.0	57.58	70.51	63.29	54.6	29.61	24.52	26.07	17.29	19.47	18.25	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente grave (Barthel)	51.59	29.5	38.39	23.33	28.93	39.6	56.00	60.37	62.38	68.59	68.65	68.25	BC JUNIO
Pacientes prediabéticos* bajo control	76	85	110	143	149	241	410	454	488	667	756	817	BC JUNIO
Cobertura Hipertensión arterial	73.5	75.7	70.73	73.59	81.06	83.89	88.88	90.06	93.46	96.35	97.75	97.93	BC JUNIO
Cobertura Diabetes mellitus	52.92	54.61	57.13	56.82	63.15	70.19	73.32	73.66	76.33	82.09	82.92	83.34	BC JUNIO

Cobertura efectiva de pacientes con DM tipo 2 controlada	33.2	34.8	36.73	45.61	43.05	34.54	41.2	37.89	36.55	42.19	44.95	46.38	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con HTA controlada	49.80	39.6	57.17	61.70	61.23	55.63	61.4	63.89	64.13	68.73	72.29	73.98	BC JUNIO

* Hiperglicemia en ayunas;
Intolerantes a la glucosa y
Resistencia a la Insulina

Programa de Postrados	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Adulto mayor dependiente total o postrado (Barthel)	51.59	29.5	38.39	23.33	28.93	39.6	56.00	60.37	62.38	68.59	68.65	68.25	BC JUNIO

Participación Social	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Plan Consejo de Desarrollo Local ejecutado y evaluado	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	
% Reclamos no GES con respuesta antes 20 días			95.9	98%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	1000.00%	
% Reclamos GES con respuesta antes de 48 horas													

Gestión Local	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa consultas de morbilidad Infantil	0.9	1.5	1.3	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5	1.4	1.1	1.3	1.4	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Tasa consultas de morbilidad adolescente	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.5	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Tasa consultas de morbilidad adulto	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.5	0.6	0.6	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Tasa consultas de morbilidad adulto mayor	1.7	1.7	1.6	1.8	1.7	1.7	1.8	1.7	1.7	1.3	1.1	1.1	REM MENSUAL ENERO-SEPT.
Resolutividad (% de interconsultas a nivel secundario)	22.73	20.37	20.20	18.7	14.55	18.02	15.69	12.75	11.79	7.57	7.88	9.32	REM MENSUAL ENERO-SEPT.

GES	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Cumplimiento Garantías GES	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100%	100%	100%	

Total de Usuarios Dependencia grave *						228	363	424	377	419	374	395	PBC JUNIO
--	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----------

TENDENCIA DISTINTOS INDICADORES CESFAM ROSITA RENARD 2007-2017

Infancia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Prevalencia LME al mes	75.42	72.93	72.2	69.1	62.18	75.36	72.59	70.17	72%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Prevalencia LME al los 3 meses	65.46	60.54	55	59	56.31	65.4	61.62	61.4	66%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Prevalencia LME a los 6 meses	41.55	40.50	33.6	40.7	36	52.9	41.17	45.04	59%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Niños menores de 6 años con déficit de peso	2.87	3.45	3	2.8	3.66	3.47	3.26	3.24	50%	BC JUNIO
Niños menores de 6 años con sobrepeso	20.04	21.64	22.45	22.4	22.03	22.35	21.1	22.06	21%	BC JUNIO
Niños menores de 6 años con obesidad	6.75	8.18	8.48	8.06	8.17	7.94	8.2	8.17	8%	BC JUNIO
Cobertura de EDSM (niños 12 a 23 meses)	88.57	85.79	91.2	93.1	94.5	77.66	89.87	89.26	75%	REM MENSUAL + BC JUNIO
Niños con déficit del desarrollo psicomotor (DDSM)	0.22	0.61	0.67	0.63	0.59	1.45	0.7	0.8	2%	REM MENSUAL + BC JUNIO
Altas odontológicas total en niños de 6 años	127.10	110.11	93.68	248	84	50.95	75.28	68.2	53%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE

Adolescencia	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Población adolescente bajo control**	1915	1954	1875	343	1590	1519	1502	1502	1325	ESTADO NUTRICIONAL DE DICIEMBRE
Ingresos a control prenatal adolescentes menores de 15 años	0.61	0.43	0.0	0%	0.50%	32.00%	6.86%	7.87%	0.00%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Ingresos a control prenatal adolescentes de 15 - 19 años	18.96	15.06	15.9	12.85%	11.56%	13.18%	11.78%	13.05%	6.40%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Adolescentes bajo control con método de regulación fertilidad	23.1	18.7	20.7	21.50%	15.53%	15.28%	14.37%	17.48%	7.36%	BC JUNIO
Adolescentes bajo control por consumo OH y Drogas	0.73	1.58	2.34	2.02	0.94%	1.06%	1.06%	1.20%	4.17%	BC JUNIO
Altas odontológicas total en adolescentes de 12 años	105.12	93.38	105.9	190	87.47	55.99	51.88	50.6	57.6	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE

Adulto	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Cobertura EMP 20 a 44	33.00	78.10	86.4	75.62	18.59	8.03	36.85	83.39	7%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Cobertura EMP 45 a 64	97.67	144.8	93.7	67.85	23.99	10.16	56.09	52.55	13%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Pacientes prediabéticos *	105	107	149	151	224	215	833	546	679	BC JUNIO
Cobertura Hipertensión arterial	77.91	80.59	87.37	80.57	94.77%	83.87%	77.01%	82.29%	42.12%	BC JUNIO
Cobertura Diabetes mellitus	31.27	36.48	39.13	40.56	52.74%	48.47%	39.79%	36.44%	16.54%	BC JUNIO
Pacientes con dislipidemia bajo control	21.83	35.48	39.94	33.92	49.64%	54.06%	38.22%	36.11%	30.98%	BC JUNIO
Pacientes fumadores bajo control	35.68	31.5	24.88	28.21	22.21%	18.73%	11.06%	22.13%	7.68%	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con DM tipo 2 controlada	66.96	35.91	19.25	12.77	21.63%	23.16%	26.75%	33.73%	75.67%	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con HTA controlada	70.92	58.13	55.39	59.69	53.88%	48.29%	47.43%	56.27%	40.53%	BC JUNIO
Indice de Pesquisa TBC	0	17.4	20.9	28.30	39.50%	?	?	?	?	ENCARGADA DE PROGRAMA
Pacientes bajo control por trastorno del ánimo	10.31	12.66	13.49	23.01	46.02%	19.35%	33.13%	34.71%	63.14%	BC JUNIO

* Hiperglicemia en ayunas; Intolerantes a la glucosa y Resistencia a la Insulina

*El dato de pacientes prediabéticos son números enteros, no son porcentajes y en el año 2007y 2008 no estaban separados los adultos de los adultos mayores, por lo que ese dato contiene los dos grupos.

**Nos. enteros.

Salud Sexual y Reproductiva y Mujer	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		Observaciones
Cobertura Test Elisa embarazadas	99.00	82.96	83.94	97%	91.71%	95.61%	?	?	?	JEFE DE PROGRAMA + REM MENSUAL
Altas Odontológica total en embarazadas	105.15	120.36	169.19	306	76.63	76.90	51.64	68.39	66%	REM MENSUAL ENERO A DICIEMBRE
Ingreso precoz a control prenatal (antes de las 14 semanas)	84.94	88.64	87.9	86.80%	88.44%	87.42%	87.50%	77.84%	88.46%	REM MENSUAL ENERO A DICIEMBRE
Embarazadas con malnutrición por déficit	4.42	13.36	4.44	5.33%	2%	5%	2%	5%	5%	BC JUNIO
Embarazadas con malnutrición por exceso (sobrepeso)	32.3	35.64	32.22	29.61%	38%	39%	26%	33%	27%	BC JUNIO
Embarazadas con malnutrición por exceso (obesidad)	19.02	16.83	28.88	24.27%	26.42%	22.00%	30.93%	22.58%	27.48%	BC JUNIO
Cobertura PAP en mujeres de (20 a 64 años)25 - 64 años	63.7	59.6	58.59	52.80%	57.40%	58.00%	?	?	?	JEFE DE PROGRAMA
Mamografías informadas como BIRADS 4 -5	2.58	1.52	1.64	0.10%	0.61%	0.53%	0.00%	0.88%	0.36%	REM MENSUAL ENERO A DICIEMBRE
Resultados PAP NIE 1, 2 o 3	3	12	7	15	7	??	?	?	?	JEFE DE PROGRAMA
PAP infomados como Ca invasor	0	0	0	0	1	??	?	?	?	JEFE DE PROGRAMA
Adulto Mayor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Observaciones
Cobertura EFAM-EMPAM	30.31	27.86	29.78	58.30	28.69	26.00	29.66	38.49	34.70%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Adulto mayor bajo peso	12.42	11.76	12.22	11.24	11.49	13.13	12.25	12.07	14.34%	BC JUNIO
Adulto mayor sobrepeso	26.71	26.29	26.73	27.03	26.19	24.81	25.22	26.00	25.90%	BC JUNIO
Adulto mayor obeso	10.78	18.81	17.88	16.86	19.21	18.92	16.67	18.00	18.71%	BC JUNIO
Adulto mayor autovalente sin riesgo	53.15	63.47	65.15	39.80	58.65	59.99	61.03	56.90	60.50%	BC JUNIO
Adulto mayor autovalente con riesgo	29.59	25.56	26.18	21.00	26.71	24.79	26.96	25.13	22.95%	BC JUNIO
Adulto mayor en riesgo de dependencia	17.25	10.96	8.65	13.22	14.62	15.21	12.00	12.74	16.55%	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente leve (Barthel)	38.82	58.15	54.48	11.60	40.00	38.56	37.87	36.50	38.48%	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente moderado (Barthel)	12.78	10.17	17.29	3.77	10.08	7.93	6.54	9.12	11.52%	BC JUNIO
Adulto mayor dependiente grave (Barthel)	48.38	31.66	28.21	2.35	20.97	24.57	55.59	26.34	18.54%	BC JUNIO
Pacientes prediabéticos* bajo control	189	150	214	272	311	297	249	269	776	BC JUNIO
Cobertura Hipertensión arterial	94.33	80.54	83.33	91.17	86.54%	84.67%	85.98%	86.38%	68.94%	BC JUNIO
Cobertura Diabetes mellitus	70.82	61.44	67.15	72.32	71.18%	72.02%	77.98%	72.13%	61.10%	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con DM tipo 2 controlada	28.09	42.86	30.12	31.53	41.14%	51.94%	53.78%	41.70%	34.88%	BC JUNIO
Cobertura efectiva de pacientes con HTA controlada	46.20	60.50	65.37	59.14	55.77%	45.02%	62.20%	57.50%	34.16%	BC JUNIO
* Hiperglicemia en ayunas; Intolerantes a la glucosa y Resistencia a la Insulina										
Programa de Postrados	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Adulto mayor dependiente total o postrado (Barthel)	48.38	31.66	28.21	7.10	49.91	53.49	34.07	34.55	31.46	BC JUNIO
Participación Social	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Plan Consejo de Desarrollo Local ejecutado y evaluado	o y evaluad	o y evaluad	o y evaluad	o y evaluad						
% Reclamos no GES con respuesta antes 20 días	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
% Reclamos GES con respuesta antes de 48 horas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Gestión Local	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Tasa consultas de morbilidad Infantil	1.8	1.8	1.4	1.5	1.48	1.87	1.61	1.57	1.6	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Tasa consultas de morbilidad adolescente	0.7	0.56	0.5	0.5	0.49	0.48	0.51	0.5	0.6	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Tasa consultas de morbilidad adulto	0.99	0.83	0.7	0.8	0.58	0.57	0.7	0.67	0.7	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Tasa consultas de morbilidad adulto mayor	2.1	1.81	1.4	1.8	1.09	1.56	1.53	1.48	1.09	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
Resolutividad (% de interconsultas a nivel secundario)	15.16	14.67	15.2	10.9	13.00%	10.00%	8.78%	9.29%	9.39%	REM MENSUAL ENERO-DICIEMBRE
GES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Cumplimiento Garantías GES	S/R	96.69	99.65	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

IX. PRIORIZACIÓN PROBLEMAS DE SALUD, MIRADA COMUNAL.

El proceso de Evaluación, Planificación y Programación por el equipo de salud comunal comienza con la identificación de áreas problema en conjunto a los usuarios, a través de:

- Los Consejos de Desarrollo Local de los CESFAM
- Diagnósticos Participativos
- Análisis de las Sugerencias, y Reclamos de las OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias).
- Estadísticas por Centro de Salud. Cada equipo en forma local y luego comunal recoge, tabula y analiza la información estadística disponible, generando propuestas y planes de mejora, en relación con lo planificado el año anterior, enmarcado en las Orientaciones Ministeriales.

Una vez identificados los problemas más relevantes de morbi - mortalidad de la comuna, éstos son presentados, analizados en cuanto a las diferentes causas y efectos de los mismos, así como las distintas alternativas de intervención. Esto permite construir la matriz de los principales problemas a abordar por la comuna, incluyendo variables de Gravedad, Magnitud, Tendencia, Vulnerabilidad y Valoración Social.

A continuación, se presentan por ciclo vital, los problemas priorizados para el quinquenio 2017 – 2021, siendo la ubicación en la lista, el orden en que se consideraron:

Ciclo Vital: Infantil

1. Infecciones Respiratorias Agudas, por su alta frecuencia y que puede ocasionar muertes.
2. Inmunizaciones (Vacunas), de alto impacto en la salud poblacional.
3. Salud Mental, como alteración del vínculo / trastorno emocional y de conducta, por su alta frecuencia, impacto laboral y familiar.
4. NANEAS: Niños con necesidades especiales que requieren cuidados y atenciones excepcionales
5. Desarrollo psicomotor / trastorno desarrollo, por su alto impacto en el fracaso escolar.
6. Lactancia Materna por todos los beneficios que conlleva para el menor y la madre. (Frecuencia e Impacto).

Ciclo Vital: Adolescente

1. Consumo de OH / drogas Por su frecuencia creciente y relación con abandono escolar e impacto familiar y social.
2. Baja cobertura control Alta frecuencia del problema.
3. Se priorizan en tercer lugar:
 - Autocuidado en salud sexual / embarazo adolescente / ITS Por su impacto social y familiar.
 - Salud Mental: Afectividad / trastorno del ánimo y del comportamiento, por su alto impacto en deserción escolar.
 - Salud Mental: Primer brote EQZ / suicidabilidad por su alta gravedad, disfunción familiar y social.
 - Programa de Salud Cardiovascular Prevención de la primera causa de muerte de adultos y frecuencia creciente .
4. Deserción Escolar alto impacto social y familiar, con riesgo de iniciar consumo de drogas u otras.

Ciclo Vital: Adulto

1. Programa de Salud Cardiovascular. Primera causa de muerte en adultos y Discapacidad en adultos y adultos mayores.
2. Cáncer (mama / pulmón / próstata) Neoplasias más frecuentes en adulto y adulto mayor, con consecuencia de muerte y secuelas.
3. Patología crónica respiratoria Alta frecuencia, con impacto en calidad de vida.
4. Trastorno del ánimo Alta frecuencia, impacto laboral y familiar.
5. VIH / ITS Impacto social, familiar.
6. Adherencia al tratamiento de patologías crónicas por su alto impacto en problemas cardiovasculares, respiratorios y salud mental.

Ciclo Vital: Adulto Mayor

1. Problemas Cardiovasculares. Primera causa de muerte en adultos y Discapacidad en adultos y adultos mayores PSCV.
2. Obtienen segundo lugar en priorización:
 - Cáncer de mama, pulmón y próstata son las neoplasias más frecuentes en adulto y adulto mayor, con consecuencias de muerte y secuelas.
 - Neumonía y Patología crónica respiratoria, por su primera causa de muerte en adultos mayores. Causa Prevenible.
3. Deterioro Cognitivo, por su frecuencia creciente con gran impacto familiar.
4. Trastorno de Funcionalidad / Discapacidad Motora / Postración, con una frecuencia creciente, con impacto familiar, calidad de vida y consecuencias de muerte.
5. Abandono / Aislamiento Social, con alto impacto social y comunitario.
6. Trastorno del ánimo por su alta frecuencia e impacto familiar.
7. Polifarmacia / Uso de BDZ Conducta de riesgo, prevenible
8. Cuidados Inadecuados (institucionalización / cuidador) Por su alta impacto en morbilidad y mortalidad

9. Policonsultante, por su alta frecuencia que encarece la atención y que puede abordarse integralmente.

Transversal que aborda todos los ciclos de vida:

1. Acceso a la atención (horarios de funcionamiento) Alto impacto en los usuarios y necesidad manifiesta.
2. Priorizados en segundo lugar:
 - Violencia y Maltrato Alta frecuencia en la población en todas edades, con impacto severo y riesgo de muerte
 - Accidentes Alta frecuencia y prevenible
 - Autocuidado equipos / Salud Laboral Necesidad manifiesta y de alto impacto, al cuidar y proteger el principal capital de la Atención de Salud.
3. Salud Oral Alta frecuencia e impacto en calidad de vida
4. Sedentarismo / Malnutrición Epidemia del siglo XXI y asociado a mortalidad y discapacidad
5. Autocuidado de la salud pilar fundamental de la salud familiar
6. Priorizados en sexto lugar:
 - Interculturalidad (etnias e inmigrantes) De frecuencia creciente y que requiere abordaje integral
 - Participación Social Necesidad de integración de la comunidad y los usuarios en todos los ámbitos de nuestro quehacer
 - Atención de Urgencia: continuidad, oportunidad, integralidad Por su alta frecuencia en el uso del servicio y alto impacto sanitario.

PROGRAMACIÓN 2019
CESFAM SALVADOR BUSTOS Y
CENTRO DE URGENCIA DE
ÑUÑO A

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	1. MALNUTRICIÓN POR OBESIDAD EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS	Realizar actividades de salud que ayuden en la disminución de la obesidad en niños de 0 a 6 años	Lograr un 62,8 % o más de LME a los 6 meses	Incentivar LME hasta los 6 meses: Capacitación: - equipo profesional médicos en fomento y promoción de LME.(1) -Taller ChCC a embarazadas promoción de lactancia materna Consulta telefónica de lactancia materna posterior a control binomio. Primer control de lactancia materna Control sano de 3 meses por nutricionista Promover EVS en Alimentación Saludable: Control Nutricional 5 meses y a los 3 años y 6 meses Programa Vida Sana Aplicación de pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso en niños eutróficos. Monitoreo trimestral de lactancia materna en menores de 6 meses por Equipo de Epidemiología y Programa infancia Promover estilos de vida saludables en colegios y escuelas promotoras de la salud: actividades coordinadas con Comisión Mixta y equipo de promoción.	<u>Nº de niños 6 meses controlados con LME</u> Nº de niños de 6 meses controlados Nº de profesional médico que atienden niños capacitado en <u>lactancia materna</u> Nº total de profesionales médicos que atienden Niños Nº de talleres de fomento de LME a embarazadas realizados al año (línea base programa). <u>Nº de niños controlados a los 3 meses</u> Nº de niños BC de 3 meses. <u>Nº de puérperas contactadas telefónicamente (efectivas)</u> Nº de binomios realizados por matrona <u>Nº de primer control de lactancia mat. realizados</u> Nº de binomios realizados por matrona <u>Nº de niños con obesidad < 6 años</u> Nº de niños BC < 6 años <u>Nº de niños 5 m y 3 años 6m con control nutricional</u> Nº de niños 5 m y 3 años 6m bajo control Porcentaje de personas de 2-19 años del programa VS con primer control realizado Porcentaje de personas de 2-19 años del programa VS con tercer control realizado. cobertura de aplicación de pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso en niños eutróficos a los 4 m y 12 m.(aumentar 30%) Tendencia trimestral de LME según indicador: Nº de actividades de promoción realizadas en entidades educativas	Dato local programas REM 03 REM 04 Serie p2 REM 27	Profesionales capacitados comprometidos con el fomento de LME Aumento de LME hasta el 6to mes Usuarías embarazadas informadas del beneficio de la LME Niños menores de 6 años con obesidad menor al 9% Niños de 5 meses y 3 años 6 meses con control nutricional vigente Niños de 4 y 12 m con pauta de factores de riesgo por malnutrición, aplicada Tendencia trimestral al alza de LME como complejo. Actividades de promoción de EVS en entidades educativas realizadas		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
			Mantener porcentaje bajo 9% de obesidad en niños menores de 6 años.						

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	Dar atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio, reforzando activamente la adherencia a éste	Atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio Lograr un 23,57 % de cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y + con EPOC BC Observación (IAAPS que incluye población Infantil, Adolescente, Adulta y Adulta Mayor) Aumentar en 1 punto porcentual la adherencia a control de Adolescentes 10-19 a con ERC (Logrado el 2017: 79%) Lograr 50% Compensación de los niños crónicos respiratorios de 4 a 12 años	Actualización en ERC a médicos por sector: Flujograma y Normativa interna(3 reuniones al año) Capacitación anual médico IRA Llamado telefónico a nivel secundario o terciario en caso de hospitalización solo se realiza en caso de niños derivados a urgencia del H. L. Calvo y que van con apoyo de Oxígeno. Entrega de guía anticipatoria niños que se hospitalizan. Visita Domiciliaria (por Kinesióloga IRA) según norma interna IRA Visita Domiciliaria a C. Resp descompensado Vacunación anti Influenza Rescate de pacientes Promover autocuidado/adherencia: Llamado telefónico para confirmar hora ingreso y control crónico respiratorio Dar receta por 6 meses y no por un año para garantizar dos controles en el año Cumplimiento normas de manejo (Auditorías) Control preingreso por Kinesiólogo a niños y adolescentes ERC Coordinación del complejo para rescate de pacientes crónicos respiratorios Aplicar pauta de control de Asma en niños de 4 a 12 años cada 4 a 6 meses (pauta validada en Chile por la Sociedad de Enfermedades Respiratorias)	Nº de niños ERC atendidos en <u>programa por equipo de salud</u> Nº de niños ERC existentes Médico Capacitado en IRA en el año Nº de adolescentes ERC atendidos <u>en programa por equipo de salud</u> Nº de adolescentes existentes Nº de Guía anticipatoria entregadas <u>en niños que se hospitalizan</u> Nº de visitas domiciliarias realizadas <u>a crónico respiratorio (según norma)</u> Nº de visitas programadas a crónico respiratorio según la norma Nº de niños con diagnóstico de Asma bajo control y nº de personas de 40 y + con EPOC BC (P. Adulto) Nº de personas esperados según prevalencia de Asma Nº de control preingreso por kinesiólogo niños y adolescentes <u>realizados</u> Nº de ingresos médicos de esta población Nº de niños crónicos respiratorio de 4 a 12 años con pauta aplicada de <u>control de asma con 20 o más puntos</u> PBC de crónicos respiratorios de 4 a 12 años Nº de pautas de compensación aplicadas a niños crónicos <u>respiratorios de 4 a 12 años</u> PBC de crónicos respiratorios de 4 a 12 años	REM 26 Registro local REM23 REM P3 RNI	Atención de profesionales capacitados en norma de manejo enfermedades crónicas respiratorias Logro de atención integral de niños y adolescentes del programa crónico Niños y adolescentes del programa crónico con VDI realizada. Mejora de la adherencia al programa por parte de los usuarios Mejora en la compensación de los usuarios del programa	INCLUYE ADOLESCENTES	J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	3. TRASTORNOS EMOCIONALES Y COMPORTAMIENTO MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	Entregar Atención Integral a los casos de trastornos emocionales y de comportamiento detectados en niños y/o adolescentes	100% de atención de niños detectados	Capacitación al equipo, Organizaciones Comunitarias y Profesores: Consultorías Infanto Juveniles Reuniones de coordinación con red de atención Ñuñoa (RR, COSAM), Comisión Mixta Atención Integral individual y grupal Implementar actividades de Prevención de Trastornos emocionales y de conducta en niños Atención integral y coordinada con equipos de sector Ingreso de sospechas TDAH Por Equipo Salud Mental de CESFAM, si se confirma se realiza derivación a COSAM para efectuar tratamiento Familiar a Equipo de Salud con Flujograma de Atención de pacientes con TDAH Seguimiento de control farmacológico a niños con TDAH, derivados de COSAM (atención seleccionada por médicos de Cefam) Consejería Familiar, Estudio de Familia, RCC. Sesiones Psicoeducativas Consultas de salud mental y psicológicas Se derivará con aplicación de Connors a profesores y padres incluyendo informe del colegio Capacitación en colegios para sus profesores en promoción y prevención de trastornos de salud mental Reforzar trabajo en red con OPD Y PREVIF Visita domiciliaria integral a familias de riesgo Programa de Acompañamiento a NNA (niños y niñas y adolescentes) y jóvenes con alto riesgo psicosocial Prioridad de atención en casos graves detectados (acceso, integralidad, trabajo en equipo)	N° de casos atendidos por <u>trastorno emocional</u> Total de casos con trastornos emocional derivados N° de consultorías realizadas N° de reuniones realizadas con el extrasistema N° de casos atendidos por <u>D. Atencional</u> Total de casos con D. Atencional derivados N° de consultorías realizadas N° de casos derivados a consultoría N° de casos atendidos N° de casos detectados N° de VDI a familias con <u>M. Integral</u> N° de visitas a familias con riesgo Mantención de 46 familias con factores de riesgo (Meta preestablecida) en Programa de Acompañamiento Auditoría de casos graves	REM 05 P06 REM 05, 06 y 26 Registros Internos	Participación de todo el equipo tratante en consultorías de Cefam Todos los casos con TE y de comportamiento atendidos Organización Comunitaria Intervenido. (organizaciones de padres y/u organizaciones comunitarias que reciben, por parte del establecimiento de salud, actividades de prevención de problemas de salud mental de niños, niñas y adolescentes) Atención oportuna de casos pesquizados Red comunal activa y coordinada	INCLUYE ADOLESCENTES	J E F E P R O G R A M A S A L U D M E N T A L
		Atención integral al 100% de los casos detectados (actitud proactiva de búsqueda) a niños víctimas de maltrato diagnosticado e ingresado a tratamiento							

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	TRASTORNOS EMOCIONALES Y COMPORTAMIENTO MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	Priorizar atención integral por equipo de Salud a 100% de niños y adolescentes de Hogares Colaboradores del SENAME, inscritos en el Cesfam	Atención del 100% de los niños y adolescentes de hogares de menores inscritos en el Cesfam (Hogar Fundación San José –Aldeas SOS)	Actualizar catastro de niños y adolescentes perteneciente a hogares de SENAME (Georeferenciados Cesfam Salvador Bustos) Reuniones de coordinación entre P. Salud Mental, P. Infanto-Adolescente y COSAM Presentar a los niños y adolescentes de hogares de menores en RCC para conocimiento del equipo y su intervención. Auditoría de ficha clínica de niños y adolescentes de hogares de menores para evaluar controles de salud al día Mantener coordinación con Hogares Colaboradores de SENAME Realizar Sesión Educativa EVS a niños y cuidadoras de Instituciones Colaboradoras de SENAME	N° de niños y adolescentes de hogares de menores Identificados en tarjetero N° de niños y adolescentes de hogares de menores con <u>controles de salud al día</u> N° total de niños y adolescentes de hogares de menores BC Listado de niños y adolescentes pertenecientes a hogares de menores entregados a sectores N° de niños y adolescentes de hogares de menores presentados en RCC N° de fichas clínicas auditadas de niños y adolescentes de <u>hogares de menores</u> N° total de de niños y adolescentes de hogares de menores BC Sesiones Educativas realizadas (línea de Base)	Registro local REM 01 REM 27 REM P13	Coordinación con Hogares de menores Georeferenciados Cesfam Salvador Bustos Niños y adolescentes de hogares de menores con controles de salud al día	INCLUYE ADOLESCENTES	J E F E S P R O G R A M A I N F A N T I L Y S A L U D M E N T A L
			Priorizar atención en COSAM de niños y adolescentes de Hogares Colaboradores del SENAME, inscritos en el Cesfam						

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICAD OR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	4. SALUD ORAL DEL NIÑO	Realizar actividades de control y tratamiento odontológico que promuevan una salud oral óptima en niños	Lograr cobertura de 100%, en controles odontológicos en niños de menores de 3 años para mantener un 60% de ellos libres de caries. (IAAPS) Lograr cobertura de 100%, en controles odontológicos en niños de 3 a 6 años Alcanzar al menos un 79% de cobertura en tratamiento integral odontológico de niños de 6 años. (Meta Sanitaria) 100% acceso población de 6 años (GES) Aumentar cobertura odontológica de niños de la comuna Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES Promoción y evaluación de la salud bucal de la población de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna.	Coordinación con Equipo para el Examen de Salud según Flujograma. Capacitar al equipo de salud pediátrico en el componente odontológico, promoviendo el uso de instrumentos de registro, y la distribución de material de apoyo. Coordinar trabajo con el equipo de sector para que realicen oportunamente las derivaciones a control odontológico desde los 6 meses de edad. Pesquisa de niños de 6 años para derivar a Tratamiento Odontológico. Coordinar trabajo con Programa Infantil. Rescate de pacientes. Atención odontológica a toda la población de niños inscritos en Cesfam que soliciten tratamiento. Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes pediátricos. Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia. Atención Profesional de Urgencia Coordinación con Directores de Colegios y Jardines de la comuna y participación del equipo en reuniones de Comisión Mixta. Campañas de educación en prevención de la salud oral en Jardines Junji y Colegios Municipales y Particulares Subvencionados de la comuna Visitas programadas a colegios y jardines de la comuna. Examen de salud bucal de niños de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna. Fluoración de niños de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna	<u>Nº de niños menores de 3 años con ceod= 0 X 100</u> Total de niños menores de 3 años inscritos y validos <u>Nº de niños de 3 a años en control odontológicos (programa CERO) X 100</u> Total de niños de 3 a 5 años inscritos y validados <u>Nº de niños de 6 años alta odontológica total X 100</u> Total de niños de 6 años inscritos y validados No tener lista de espera de niños para atención odontológica <u>Nº pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u> Nº pacientes que consultan por urgencia odontológica GES <u>Nº de niños de 2 a 5 años jardines y colegios de la comuna con examen de salud bucal X 100</u> Total de niños de 2 a 5 años matriculados en jardines y colegios de la comuna <u>Nº de niños de 2 a 5 años jardines y colegios de la comuna con 2 fluoraciones anuales X 100</u> Total de niños de 2 a 5 años matriculados en jardines y colegios de la comuna	REM 09 REM 03 REM 09 REM 03 REM 09 REM 09 REM 09 REM 09			J E F E P R O G R A M A O D O N T O L O G I C O

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	5. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEL NIÑO	Desarrollar actividades de promoción y prevención que permitan evitar las complicaciones por enfermedad respiratoria aguda del niño	Lograr el 100 % de aplicación de score IRA según la norma en menores de 0- 6 meses controlados	Monitorear semestral mente dato estadístico (auditoria) Capacitar al equipo de salud en manejo de normas IRA y seguimiento patologías AUGE: Actualización IRA-ERA a equipo médico. Sesiones Educativas en Sala de Espera	N° de niños menores de 0- 6 meses <u>controlados con score IRA aplicado</u> N° total de niños menores 0-6 meses controlados :	REM 03 P2 REM 27 RNI	Profesionales capacitados y aplicando normas vigentes Niños menores de 6 meses con Score IRA vigente		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
			Educación al 100% de las gestantes ingresadas, en factores preventivos y de consulta oportuna por IRA (uso de Redes Sociales)	Priorización de la atención de niños según Pauta de Riesgo SCORE de IRA Uso de Redes sociales para educar a embarazadas en IRA (ChCC) Capacitación /actualización en normas IRA y criterios de gravedad campaña ira en reuniones de sector a equipo de salud y como complejo con equipo de urgencia en campaña de invierno	N ° de madres gestantes que <u>reciben ed. en prevención de IRA</u> N° de madres gestantes bajo control N° de profesional médico capacitado <u>en IRA</u> N° total de profesionales médicos que atienden niños N.º funcionarios Cesfam capacitados en Normas Programa IRA. N° de niños con indicación de KTR derivados de urgencia a Cesfam y viceversa N° de médicos de CUÑ capacitados en normas IRA		Usuarías embarazadas informadas sobre IRA Trabajo en Red del Complejo durante Campaña de Invierno		
			Cumplir Metas de Campaña de Invierno 2019	Coordinación de complejo de salud Urgencia Niñoa derivación y contraderivación de niños con patología respiratoria sala IRA Vacunación Anti influenza en población objetivo	Cumplir porcentaje de vacunación Vacuna anti-influenza				

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	6. INMUNIZACIONES	Alcanzar coberturas de protección específica por vacuna seguras para la población infantil	Lograr 95% cobertura 3° dosis Pentavalente PNI según PBC infantil de 6 meses Identificar al 100% de Rechazo de Vacuna Lograr 95% cobertura de vacuna Trivirica PNI según PBC infantil de 12 meses Lograr 95% cobertura de vacuna VPH matriculada 4ª básico, georreferenciada Lograr 81,4 % cobertura de vacuna anti influenza según población objetivo Identificar el 100% de niños vacunados con ESAVI (errores supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización)	Rescate telefónico y domiciliario (supervisar) Revisión de tarjetero semanal para identificar inasistentes de control de 6 y 12 meses Informar a Enfermera Encargada de Inmunizaciones en caso de suspensión de vacuna de niño de 6 meses (marcar tarjetón) Elaboración y Difusión de Protocolo de Rechazo de Vacuna a Equipo de Salud. Insistir en Notificación inmediata a Enfermera del Rechazo Auditoría de Ficha de niños con rechazo a Vacuna Confirmación por GDA de niños de 6 y 12 meses a sus controles Notificación inmediata de ESAVI y seguimiento de casos Capacitación de Enfermeras en Inmunizaciones	Nº de niños vacunados 3° dosis <u>Pentavalente oportunamente X 100</u> Población de niños de 6 meses BC Nº de niños vacunados Trivirica <u>oportunamente X 100</u> Población de niños de 12 meses BC Nº de niñas vacunados VPH <u>oportunamente X 100</u> Población de población de niñas matriculadas 4ª básico, georreferenciada Nº de Auditoría realizadas a niños <u>con rechazo a vacuna</u> Nº total de niños identificados por rechazo de vacuna Nº de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME <u>inmunizados según PNI</u> Nº Total de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME Nº de niños notificados ESAVI, con <u>seguimiento</u> Nº Total de niños notificados con ESAVI Nº de Enfermeras Capacitadas en Inmunizaciones	RNI Registros locales	Población infantil de 6 y 12 meses protegida con inmunizaciones según PNI Niñas de 4ª básico con inmutación según PNI Población de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME con inmunización PNI Niños con rechazo identificados e intervenidos según protocolo		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L Y U D P

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	7. DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE 6 AÑOS	Pesquisa de déficit de DSM para realizar intervenciones de estimulación de DSM que permitan su recuperabilidad y favorezcan su máximo desarrollo	95,23% cobertura EEDP a los 18 meses Lograr 90% recuperabilidad niños de 8 meses con déficit de DSM Lograr 90% recuperabilidad niños de 18 meses con déficit de DSM Lograr el 90% de ingreso a Sala de Estimulación de los niños de 0 a 5 años de Hogares colaboradores del SENAME Lograr cobertura del 25% de asistencia a Talleres de DPsm temprano y lenguaje de niños menores de 12 meses	Auditoría de fichas electrónica y tarjetones de niños ingresados a déficit DSM de 18 meses Optimizar sistema citaciones focalizando en los grupos edades señaladas (rescate telefónico) Plan consensuado a familias de niños con Déficit de DSM (Reunión Casos Complejos) Derivación oportuna a Sala de estimulación, según Norma ChCC Visita domiciliaria por enfermera para evaluación de DSM en casos con problemas de adherencia a consultas o sala de estimulación VDI a los niños con diagnóstico de riesgo o retraso del DSM (pauta de registro) asistente social. VDI Ed. de Párvulos para realización de consultas de estimulación VDI por Enfermera para Reevaluación de DPsm Derivación a Sala de Estimulación de niños de Hogares de Menores colaboradores del SENAME Talleres ChCC de DPsm y Lenguaje Monitoreo mensual de niños con déficit ingresados a sala de estimulación Reporte mensual por enfermera responsable por sector de niños con déficit DSM	N° de niños de 12 a 23 meses con aplicación de <u>EEDP</u> N° total de niños de 12 a 23 meses bajo control N° de ingresos y controles asistentes <u>en el mes a sala de estimulación</u> N° de ingresos y controles agendados a sala de estimulación en el mes <u>Número de altas de déficit DSM 12 – 23 meses</u> Número de niños con Déficit DSM de 12 a 23 m ingresados a programa N° de niños con Déficit DSM ingresados a Sala de <u>Estimulación</u> N° de niños con Déficit DSM diagnosticados N° de visitas realizadas por asistente social a niños <u>con déficit de DSM</u> N° de niños diagnosticados con déficit de DSM N° de niños menores de 12 meses, asistentes a Taller ChCC de DPsm y <u>Lenguaje</u> Total de niños menores de 12 meses BC N° de niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores <u>del SENAME</u> ingresados a Sala de Estimulación de N° niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME	REM03 REM26 REGISTRO LOCAL REM P13	Niños de 8 y 18 meses con evaluación de desarrollo psicomotor vigente Niños con déficit de desarrollo psicomotor recuperados Niños 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME intervenidos en Sala de Estimulación Niños con Déficit DSM intervenidos en Sala de Estimulación		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	8. NANEAS (niños y adolescentes con necesidades especiales)	Entregar atenciones de salud integral a niños y adolescentes pertenecientes a Programa NANEAS	Atención del 100% de niños y adolescentes programa NANEAS	Capacitación a equipo de salud en Programa NANEAS Identificación de niños y adolescentes con necesidades especiales NANEAS de población BC (infancia y adolescencia) Aplicación de protocolo de controles de salud según Programa NANEAS Derivación de niños y adolescentes de programa NANEAS a Reunión Casos Complejos (RCC)	N° de funcionarios de equipo de salud capacitados en Programa Naneas N° de niños y adolescentes NANEAS identificados en PBC .(niños y adolescentes) N° de niños y adolescentes controlados según protocolo <u>NANEAS</u> N° total de niños y adolescentes NANEAS BC N° de niños y adolescentes ingresados a programa NANEAS <u>presentados en RCC</u> N° de niños y adolescentes ingresos a programa NANEAS	Registro local Rem 01	Niños y adolescentes con necesidades especiales NANEAS identificados en PBC Niños y adolescentes con necesidades especiales NANEAS controlados según protocolo programa NANEAS	INCLUYE ADOLESCENTES	J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADOLESCENCIA	1. SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	Entregar acciones de salud integrales al adolescente	Alcanzar al menos un 74 % de cobertura en altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años inscritos y validados (Meta Sanitaria)	Pesquisa de adolescentes de 12 años para derivar a tratamiento odontológico Coordinación con el equipo de salud.	<u>N° de adolescente de 12 años con alta odontológica total X 100</u> Total de niños de 12 años inscritos y validados	REM 09			J E F E P R O G R A M A A D O L E S C E N C I A
			Alcanzar al menos un 38% de cobertura en altas odontológicas totales en población de 7 a 19 años inscrita y validada (IAAPS)	Rescate pacientes. Examen de salud, según Flujograma. Atención odontológica a toda la población de adolescentes inscritos en Cesfam que soliciten tratamiento Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adolescentes.	<u>N° altas odontológicas totales en población de 7 a 19 años X 100</u> Población inscrita y validada de 7 a 19 años No tener lista de espera de adolescentes para atención odontológica	REM 09			
			Atención al 20% alumnos matriculados de III° y IV° Medio de Colegios de la comuna (Municipales y Particulares subvencionados)	Coordinación con los Colegios (directores, inspectores, profesores).	<u>N° de adolescente de III° y IV° Medio de la comuna con alta odontológica total) X 100</u> Total de adolescentes matriculados en colegios de la comuna	REM 09			
			Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES	Visitas a colegios, reuniones de apoderados y comisión mixta para incentivar inscripción en programa. Rescate de Pacientes Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia. Atención Profesional de Urgencia	<u>N° pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u> N° de pacientes que consultan por urgencia odontológica GES	REM 09			

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADOLESCENCIA	2. MALNUTRICIÓN POR EXCESO (10 a 19 AÑOS)	Entregar acciones de salud integrales al adolescente	Realizar intervención nutricional al 80% de los niños de 10 a 14 años malnutridos por exceso pesquisados en ficha CLAP	Derivación desde equipo de enfermeras que realizan ficha CLAP de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso Consulta nutricional por nutricionista de sector Programa Vida Sana	N° de niños de 10 a 14 años con Control de Salud Integral (CSI) con ficha CLAP con diagnóstico de malnutridos por <u>exceso con consulta nutricional</u> total de niños de 10 a 14 años malnutridos por exceso derivados a consulta nutricional de aplicación de ficha CLAP Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años del Programa Vida Sana con primer control realizado Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años del Programa Vida Sana con tercer control realizado	REM 04 REM 03	Adolescentes con malnutrición por exceso con intervenciones en salud que tienden a EVS Adolescentes intervenidos en Programa Vida Sana		J E F E P R O G R A M A A D O L E S C E N C I A

[illegible]

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADOLESCENCIA	4.	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Entregar atención en anticoncepción a adolescentes entre 15 a 19 años	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad Atención por Matrona a adolescentes entre 15 a 19 años en materia de regulación de la fertilidad Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes inscritos en el CESFAM	N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de la fertilidad / total de adolescentes de 15 a 19 años inscritos * 100	P 1	Cumplimiento de meta 2017		J E F E P R O G R A M A D E L A M U J E R

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	1. SALUD CARDIOVASCULAR	Entregar acciones de salud integrales desde el PSCV a la población en control. Pesquisar enfermedades de Salud CV atinentemente	Mantener cobertura efectiva de HTA, lograda en 2018, con PA menor de 140/90, en población de 15 a 79 años y PA menor de 150/90 en población de 80 años y más Meta 2018: 64,7% Mantener cobertura efectiva de Diabetes Mellitus lograda en el 2018, con H. Glico menor de 7 en población de 15 a 79 años y H. Glico menor de 8 en población de 80 años y más Meta 2018: 33,7%	Rescate de inasistentes, EMPA Comunidad, EMPA interno. Sala Cardiovascular (Enfermera, T: Paramédico) Rescate en agenda diaria de profesionales, EMP a Funcionarios del complejo Mantener cobertura EMP según grupo etáreo, en hombres y mujeres, lograda en 2018 Listado mensual GES Poli Descompensados I y II de Cardiovascular Censo que incluya FRCV y complicaciones CV cada 3 meses, según requerimiento de Programa Aplicar Normas de manejo de ECV y FRCV. (Guías Clínicas GES) Auditoría de fichas en pacientes del PSCV Presentación de casos pacientes del PSCV en RCC (Reunión Casos Complejos) Monitoreo del registro de complicaciones CV. Rescate inasistentes en unidades de apoyo del CESFAM (Toma de Muestra, Farmacia, Dental, UDP, etc.) Sociabilización y Capacitación a Equipo de Salud en nuevo flujograma del Programa de SCV Capacitación Interna Insulinoterapia Cursos de UVirtual en Plan de Capacitación (obligatorios) Consulta Nutricional a pacientes con Malnutrición por exceso, obesos Programa Vida Sana Mantener Informe Valores Críticos de Laboratorio-UDP Toma de PA espontáneo en Cesfam Reforzar derivación al MAF	% EMPA del año Nº de Hipertensos de 15 años y más con cifra de <u>compensación según grupo etario</u> HTA 15 años y más, de población estimada según prevalencia Nº de personas con DM de 15 años y más con cifra de <u>compensación según grupo etario</u> DM 15 años y más, de población estimada según prevalencia Adultos ingresados a vida sana sin patología Cardiovascular % Población en tratamiento con Insulina (sobre 22,5% de población Diabética Insulinizada) Número de pacientes intervenidos en MAF x <u>100</u> Número ingresados con RCV alto al PSCV Pacientes con Maln por exceso obesos <u>evaluados por Nutric X100</u> Total de obesos BC en Cesfam	P4 Inscritos REM 02 REGISTRO LOCAL	Lograr pesquisa y coberturas programadas de enfermedades cardiovasculares en el adulto y embarazadas		J E F F E P R O G R A M A D E L A D U L T O

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	SALUD CARDIOVASCULAR	Pesquisar enfermedades de Salud CV atinentemente	Mantener la detección de Diabetes gestacional en al menos el 100% de las embarazadas bajo control Seguimiento al 100% de las mujeres con antecedentes de DG a las 6° semana post parto Lograr el 67% de paciente diabéticos bajo control, con evaluación anual de pie. Alcanzar un 70% de personas del PSCV, con ficha de Prevención de ERC-GES	Pesquisa de diabetes gestacional al total de embarazadas GES: Solicitud de PTGO 100% de las embarazadas bajo control, entre 24 y 28 semanas. Gestantes con factores de riesgo para DG repetir PTGO entre 32 y 34 semanas de embarazo. Derivación al nivel secundario de las embarazadas con examen específico alterado, FAR. Derivación con Nutricionista CESFAM antes de 48 hrs de la derivación a FAR. Derivación a Médico para formulario GES. Realizar auditorías a pacientes con DG Solicitud de PTGO a las 6° semana post parto por Matrona Realizar Evaluación de pie diabético a todos los diabéticos BC, incluidos pacientes del Programa Postrados. Rescate de pacientes sin Evaluación de Pie Diabético (Farmacia, Podología, CUÑ, Coordinaciones de sector). Enfermera con agenda para atención espontanea de pie diabético. Reevaluación de pacientes con pie Diabético Alto y Máximo Revisión de agendas odontológicas para rescate de pie diabético. Revisión de tarjetero cardiovascular para rescate de inasistentes. Aplicación de Pauta de Evaluación ERC: Registro diario en Agenda y Tarjetón (Médico).	N° de DG en embarazadas <u>bajo control</u> N° ingresos de embarazo Numero de auditorías de pacientes con DG Puérperas con PTGO tomada <u>a la 6° semana post parto</u> puérperas con DG N° de evaluaciones de pie <u>diabético realizado</u> Total, de pacientes diabéticos bajo control N° personas PSCV con Pauta <u>Aplicada</u> N° Total de personas del PSCV N° de pacientes DM con pie diabético dgto Alto y Máximo, <u>reevaluados</u> N° Total de pacientes DM con pie diabético dgto Alto y Máximo,		Los usuarios DM del centro tienen evaluación anual de pie Diabético vigente Los usuarios del PSCV del centro con evaluación de riesgo de ERC vigente		J E F E P R O G R A M A D E L A D U L T O

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	2. PROBLEMAS DE SALUD Y/O TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACION	Entregar acciones de salud integrales desde el programa de salud mental a la población	Diagnóstico y tratamiento al 100% de los casos detectados Cobertura del 50% de población estimada con depresión en APS (Mantener PBC actualizada: en SIGGES, por 6 meses)	Capacitación y actualización al equipo de salud en el año en instancias de Reuniones de Programa de Salud Mental por Equipo COSAM Consultoría psiquiatría adulto con equipo COSAM, con presentación de casos de forma presencial todos los casos derivados a red secundaria pasan por consultoría con la finalidad de realizar cuidados compartidos y derivaciones asistidas. La frecuencia es cada 15 días. Atención del 100% de Embarazadas y Puérperas que sean derivadas al programa de Salud Mental Psicóloga encargada programa realiza auditorías mensuales de ingresos (a un año de haber sido ingresados con diagnóstico a SIGGES) en el caso de Depresión Mantener trabajo en Red con: CAVAS, CVS y CAV Consultas de Programa DIR, por Psicólogo	Nº de casos atendidos por trastorno <u>emocional</u> Total, de casos con trastornos emocional derivados Nº de consultorías realizadas Nº De atenciones a embarazadas Nº personas de alta del programa de <u>depresión</u> Nº personas ingresadas a programa Nº pacientes egresados por mes <u>Hrs. DIR utilizadas x 100</u> Hrs DIR programadas	P6 Sección A.1 38,39,40,41 ,42,43,44,45, 53,56 y 59 Sección A2 P6 REM P 6 AO REM 38 a 45 REM 03 Y 27	. Pesquisa y coberturas programadas para trastornos de salud Mental incluyendo cuadros como: ansiedad, Depresión, VIF, consumo de OH y Drogas además de trastorno De personalidad		J E F F E P R O G R A M A S A L U D M E N T A L

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	3. CÁNCER DE MAMAS Y CÉRVICO UTERINO	Pesquisar enfermedades de la mujer de forma oportuna	Reducir en un 20% la brecha de cobertura de mujeres de 25 a 64 años, sin PAP vigente. (Cobertura referencia país: 80%). META: 68,4%	Fortalecer Referencia y Contrareferencia intraestablecimiento, reforzando que es Meta Sanitaria Destinar recurso matrona exclusivo para meta Fortalecer el trabajo de equipos locales con organizaciones sociales de la comunidad en promoción de la salud de la mujer coordinación con organizaciones sociales de la comunidad, jardines infantiles, colegios, etc. PAP para mujeres inscritas y no inscritas.	N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente a Dic 2018 N° mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente Dic 2018, más mujeres 25 a 64 años con PAP vigente comprometidas como disminución de brecha.	Evaluación meta entregada por SSMO REM 18	Brecha de PAP reducida		J E F E P R O G R A M A D E L A M U J E R
			Pesquisa Cáncer Mamario	PAP en embarazadas antes de las 24 semanas (intentar 100%) Informar a equipo de salud recurso de Mamografía disponible para indicación	<u>Mamografías realizadas</u> Mamografías asignadas (P. Resolutividad)		Pesquisa activa por equipo de salud		

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	4. ENFERMEDADES TRASMISIBLES (ITS-VIH)	Mantener acciones preventivas y de pesquisa para enfermedades transmisibles (ITS-VIH)	Consejería pre-test al 100% de embarazadas Atención al 100% de los pacientes seropositivo pesquisados Promover conductas protectoras en el equipo de salud, que prevengan la transmisión ITS– VIH	Consejería Pre-test VIH al ingreso de embarazo Consejería Pre-test VIH entre 32 y 34 semanas Cumplimiento Flujograma de atención a pacientes seropositivos Mantener norma de referencia pacientes con ITS –VIH Coordinación con infectología de la Red Oriente atención oportuna de pacientes VIH + Registro y seguimiento pacientes VIH positivos. Capacitación anual a equipo sobre actualización ITS, incluido VIH y consejería pre y post test VIH. Difusión en sectores de Flujograma en caso de Accidente Laboral. Difusión de protocolo “Manejo de fluidos corporales.” (C. Paritario/Calidad) a complejo Salvador Bustos Mantención de elementos protección personal a funcionarios del complejo de salud Entrega de material educativo: cartillas, dípticos, etc.	Nº de Consejerías VIH, realizadas a embarazadas al ingreso X 100 Nº embarazadas ingresadas Nº de Consejerías VIH, realizadas a embarazadas entre las 32 a 34 semanas X 100 Nº embarazadas ingresadas Nº de usuarios seropositivos atendidos Nº de usuarios seropositivos pesquisados Vigilancia epidemiológica. Informe semestral protocolo RH 4.2 (accidentes con fluidos de riesgo y corto punzante)	Registro local	Protocolo Prevención accidentes cortopunzantes y/o fluidos de riesgo vigente y socializado	J E F E P R O G R A M A D E L A M U J E R	

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO	5. SALUD ORAL DEL ADULTO	Mantener acciones preventivas, de pesquisa y tratamiento para la salud oral del adulto	Alcanzar al menos un 50% de cobertura en altas odontológicas totales en pacientes de 60 años de edad inscritas (GES)	Facilitar el acceso a pacientes de 60 años a la atención odontológica. Coordinaciones con el sector para asegurar una atención odontológica oportuna. Atención Odontológica de Especialidades para pacientes de 60 años (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis Removible)	<u>N° de pacientes de 60 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica integral X 100</u> N° total de pacientes de 60 años inscritos y validados	REM 09			J E F E P R O G R A M A O D O N T O L O G I C O
			Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES	Rescate de pacientes Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia. Atención Profesional de Urgencia	<u>N° de pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u> N° de pacientes que consultan por urgencia odontológica GES	REM 09			
			Alcanzar al menos un 70% de cobertura en altas odontológicas integrales en embarazadas	Prioridad inmediata (Agenda antes de 5 días hábiles en SOME) Atención Odontológica de Especialidades para embarazadas (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis)	<u>N° de embarazadas ingresadas a tratamiento odontológico con Alta Integral X100</u> N° embarazadas ingresadas a programa embarazadas	REM 09			
			Aumentar cobertura odontológica de la población adulta de la comuna	Rescate de Pacientes Aumentar o mantener cobertura odontológica de la población adulta inscrita en cesfam que soliciten tratamiento.	Lista de espera de adultos con no más de 4 meses de permanencia.				
			Atención odontológica a grupos priorizados: DM, VIH, inmunodeprimidos	Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adultos. Facilitar el acceso a estos pacientes.	<u>N° de pacientes diabéticos atendidos</u> N° de diabéticos inscritos validados	REM Anexo P4			

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	1. SALUD CARDIOVASCULAR (COBERTURAS Y METAS DESARROLLADO EN PUNTO 1 EN CICLO VITAL DEL ADULTO)	Entregar acciones de salud integrales desde el PSCV a la población adulto mayor en control. Pesquisar enfermedades de salud CV atingentemente en AM Prevención de enfermedades cardiovasculares	Alcanzar o mantener cobertura EMPAM lograda en 2018 en Población >65 años Meta 2018: 47,5% Logrado estimado 2018: 43%	Atención Integral del AM en control anual: Realizar Control PSCV y EMPAM en la misma consulta por Enfermera. Rescate de pacientes AM por el equipo de salud. Elaborar Plan de intervención que incluya prevención y control de enfermedades, pesquisa y derivación. Auditoría de fichas. Control de seguimiento de Enfermera a Ad. Mayor con Riesgo de Dependencia y Autovalente con Riesgo Consulta Nutricional A. Mayor, por Malnutrición por Déficit Programa MAS (Más Adulto Mayores Autovalente) Enfoque de riesgo Coordinación intersectorial	Nº de personas de 65 años y más con EMPAM anual vigente/ Total pacientes 65 años y más Población inscrita validada. Nº de AM participantes del MAS Nº de AM Autovalente BC % de AM en control en centro de salud ingresados al programa <u>MAS</u>. % de AM que mantiene mejora su condición funcional Nº de Controles de Seguimiento paciente Ad. Mayor con Riesgo de Dependencia y Autovalente con Riesgo Total A. Mayor con dgico Funcional Autovalente con Riesgo y Riesgo de Dependencia BC Nº Consulta Nutricional A. Mayor, por Malnutrición por Déficit Total A Mayor con Malnutrición por Déficit A. Mayor	REM 05 Registro local	Lograr pesquisa y coberturas programadas de enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor		J E F F P R O G R A M A D E L A D U L T O M A Y O R

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	2. CÁNCER DE MAMA	Entregar acciones de salud para la prevención del cáncer de mama	Mejorar pesquisa precoz de cáncer de mamas	Enfoque de riesgo Coordinación intersectorial Mamografía anual EFM anual	% Mamografías sospechosas en AM	REM 29	Aumento de pesquisa de Cáncer de Mama (Mamografías sospechosas y Examen de Mama en adultas mayores)		J E F E P R O G R A M A D E L A M U J E R

	PR OB	OBJETIVO	META		INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	3. PACIENTES DEPENDIENTES Y/O TERMINALES.	Entregar atención integral desde el equipo de salud al 100% de los pacientes Dependientes Severos y/o terminales residentes en la comuna e inscritos en el CESFAM (GES)	Dar atención integral por Equipo de salud al 100% de los pacientes dependientes y/o terminales residentes en la comuna e inscritos en el CESFAM (GES)		% familiares capacitados (de los ingresos y del total) N° de talleres realizados Existencia de catastro sectorizado mensualmente. N° de casos Auditados N° de V. D. con fines <u>Terapéuticos</u> N° pacientes postrados N° de manuales del cuidado entregado a cuidador al ingreso (100%) N° de V. Domiciliarias Integrales por <u>Estamento</u> Total de pacientes con Dep. Severa N° de <u>Zarit Abrev aplicados</u> Total de Cuidadores	P3 Rem27 Registro local	Familias con herramientas para enfrentar el cuidado de personas dependientes y para realizar un Autocuidado. Equipo capacitado en atención domiciliaria N° de talleres realizados		J E F E P R O G R A M A D E L A D U L T O M A Y O R

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	4. REHABILITACIÓN FÍSICA	Rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad de origen osteomuscular (OM) Entrega de Órtesis (GES)	Atención Integral en Sala de Rehabilitación del CESFAM,, a pacientes derivados por Artrosis leve y moderada (rodilla y/o cadera) y Hombro Doloroso (Hombro Congelado, Trastorno Manguito rotador) otorgando un tratamiento oportuno y eficiente. Entrega oportuna de órtesis, cumplimiento plazos definidos por GES. 100%	Sociabilizar en el Equipo flujos de derivación a SRH Orientación al equipo de salud en temas de discapacidad y rehabilitación. Evaluación Kinesiológica de ingreso a paciente derivado a Rehabilitación. Planes de tratamiento con objetivos y plazos definidos, en sesiones individualizadas; enfocadas a una Rehabilitación Integral. Derivación a Programa MÁS por parte del equipo. Refuerzo al equipo en Guía clínica GES sobre Entrega Ayudas técnicas. Realizar EMPAM anual a paciente AM, con énfasis en la evaluación de funcionalidad. Promover el uso de órtesis para la prevención de caídas en AM. Taller de Prevención de Caídas Charla en Sala de Espera Llamado telefónico para retiro de Ayuda Técnica (AT) Educación sobre uso y cuidados de AT. Visita Domiciliaria de rescate	% de médicos orientados en derivación a sala de rehabilitación <u>Nº pacientes ingresados evaluados x 100</u> Nº pacientes ingresados <u>Nº pacientes egresados por alta x 100</u> Nº pacientes ingresados Indicadores del Programa MÁS <u>Nº de AT entregadas antes de vencimiento x 100</u> Nº de AT entregadas Nº de Talleres Prevención de caídas.	P8 REM28 Registro local GES	Flujos de derivación socializado y entendido por equipo de salud. Mejorando derivación. Dar tratamiento acorde a las necesidades específicas de cada paciente. Tratamiento oportuno y eficiente, mejorando la resolutivez de patologías de origen osteomuscular. Aumento actividades de promoción y prevención. Mantener a los pacientes con una cobertura casi constante. Reducir el impacto de la dependencia en los pacientes.		J E F E P R O G R A M A D E L A D U L T O M A Y O R

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	5. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS DEL ADULTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica (ASMA y EPOC).	Aumentar la pesquisa de adultos con enfermedad respiratoria crónica Lograr un 24 % de cobertura de atención de asma en población general y EPOC en personas de 40 y +con EPOC (IAAPS que incluye población. Infantil, Adolescente, Adulta y Adulta Mayor) Aumentar la categorización por severidad de los pacientes mayores de 20 años con diagnóstico de EPOC y asma Aumentar el número de pacientes en control en programa ERA con espirometría vigente (anual). Aumentar el ingreso de pacientes con EPOC a programa de Rehabilitación Pulmonar Mejorar cobertura de vacunación antigripal en pacientes ERA. Mejorar cobertura de vacunación antineumocócica en pacientes ERA de 65 años	Actualización en ERC a médicos por sector y al equipo de salud. Reunión de equipo ERA (kinesióloga sala ERA, médicos ERA y encargada de programa adulto y adulto mayor) toma de acuerdos. Reforzar normas ERA, con énfasis en clasificación por severidad. Flujograma y Normativa interna (3 reuniones al año) Rescate de pacientes inasistentes y pasivos: telefónico, rescate desde vacunatorio en período de campaña antiinfluenza, rescate desde farmacia y visitas domiciliarias. Promover Autocuidado/adherencia: Llamado telefónico para confirmar hora ingreso y control crónico respiratorio. Aumentar pesquisa: espirometrías a personas mayores de 40 años con tabaquismo. Rescate desde programa IRA a pacientes con ERC que cumplen 20 años Reforzar en controles ERA importancia de recibir vacunación. Llamado telefónico a pacientes de 65 años en PBC ERA recordándoles que les corresponde vacunación antineumocócica.	<u>N° Reuniones equipo ERA realizadas</u> N° Reuniones ERA programadas N° Capacitaciones ERA realizadas al equipo. <u>N° de adultos con diag. de asma bajo control y n° de personas de 40 y + con EPOC bajo control</u> N° de personas esperados según prevalencia de asma y EPOC <u>N° pacientes con diagnóstico clasificados por severidad</u> N° pacientes en PBC ERA <u>N° pacientes ERA con espirometría vigente</u> N° pacientes en PBC ERA <u>N° pacientes ingresados a Programa Rehabilitación Pulmonar</u> N° pacientes con diagnóstico EPOC en PBC ERA <u>N° pacientes ERA (menores de 65 años) que recibieron VAG</u> N° pacientes ERA (menores de 65 años) en PBC ERA <u>N° pacientes ERA de 65 años que recibieron vacuna antineumocócica.</u> N° pacientes ERA de 65 años en PBC ERA	REM 26 Registro local REM 23 P3	Atención de profesionales capacitados en norma de manejo enfermedades crónicas respiratorias Mejora de la adherencia al programa por parte de los usuarios Aumento de la población bajo control. Mejora en la calidad de la atención: pacientes con diagnósticos clasificados por severidad y con espirometrías vigentes. Mayor número de pacientes con diagnóstico de EPOC con acceso a Rehabilitación pulmonar.		J E F E P R O G R A M A D E L A D U L T O M A Y O R

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	6. SALUD ORAL DEL ADULTO MAYOR	Mantener acciones de pesquisa y tratamiento para la salud oral del adulto mayor	Atención Integral a grupos priorizados: DM, VIH, inmunodeprimidos, mayor de 65 años Atender al 50% de diabéticos Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES Aumentar cobertura odontológica de la población adulta mayor de la comuna	Facilitar el acceso a estos pacientes: Se asignará hora según disponibilidad de agenda para adultos mayores Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes diabéticos Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia. Atención Profesional de Urgencia Aumentar o mantener cobertura odontológica de la población adulta inscrita en Cesfam que soliciten tratamiento. Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adultos mayores	Nº de pacientes diabéticos atendidos Nº de diabéticos inscritos validados Nº de pacientes atendidos de urgencia odontológica GES Nº de pacientes que consultan por urgencia odontológica GES Lista de espera de adultos con no más de 4 meses de permanencia.	REM 09 anexo P4 REM 09			J E F E P R O G R A M A O D O N T O L O G I C O

	PRO B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	7.CANCER PULMONAR, COLON Y PROSTATA	Disminuir la morbilidad por Cáncer de Pulmón, Colon y Próstata en los usuarios del CESFAM.	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco Derivación oportuna de los casos sospechosos o confirmados Focalizar recursos disponibles para pesquisa precoz en grupos de riesgo de cáncer de próstata y colon Promover estilos de vida saludable con énfasis en la dieta rica en fibras, frutas y aumento de la actividad física	Promoción en hábitos de vida saludable "No fumar": Capacitación al equipo en Consejería Breve Antitabaco. "Día de No Fumar" Consejerías antitabaco por el Equipo de salud. Ejecutar Proyecto Antitabaco de SSMO Monitoreo registro de consejerías antitabaco. (REM) Realizar Rx. de tórax a todo fumador de mayor de 40 años y consumo de 20 cigarrillos diarios Derivación inmediata de los pacientes sospechosos o confirmados de Ca. Pulmonar. Enfoque de riesgo por el equipo de salud. Coordinación con nivel secundario Consejería individual sobre EVS. Derivar a Coloproctología para Colonoscopia a pacientes de riesgo elevado de desarrollar Ca de Colon desde los 40 años: Pacientes con antecedentes de Ca de Colon tratado, Parientes de primer grado con Ca de Colon o Recto, Parientes con Pólipos adenomatosos antes de 50 años, Enfermedades genéticas, Enfermedades Inflammatorias: Colitis ulcerosa, Crohn.	Nº de Capacitaciones realizadas al Equipo de salud <u>Nº de consejerías antitabaco</u> Nº de pacientes con tabaquismo en PSCV Nº de pacientes derivados con Ca. de pulmón. <u>Nº de radiografías de tórax alteradas /</u> Nº de radiografías de tórax realizadas Nº de antígenos prostáticos alterados / Nº de antígenos prostáticos realizados Nº de pacientes derivados con Ca. de Próstata. Nº de derivaciones a Coloproctología de pacientes con FR. Nº de Ca de Colon diagnosticados o bajo control.	GES Registro local REM 27 Interconsulta	Hogares libre del humo de tabaco Pesquisa activa por equipo de salud		J E F E P R O G R A M A D E L A D U L T O M A Y O R

	PRO B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
PROMOCION: TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	1. PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Fomentar y promover Estilos de Vida Saludables	Incorporarse y Colaborar con Plan Comunal de Promoción 2019 Elaborar y ejecutar Plan Interno de Participación Social 2019	Participación en actividades correspondientes al Plan Comunal de Promoción 2018 a 2021 Co Ejecución del Plan de participación 2019-2021 Ejecución de Plan de Trabajo de Entornos Laborales Saludables 2019 Elaboración de un Plan Información a la Comunidad (USU) Ejecución y desarrollo de un Plan de Información a la Comunidad. Elaboración y desarrollo del Programa de Salud Intercultural 2019 Desarrollo de Plan local de Promoción (Equipo de Salud) Desarrollo y Ejecución de Proyectos de Calidad y Participación Diagnóstico Participativo Trabajo con: Consejo de desarrollo, Comisión Mixta, Intersector, Coordinación con instituciones colaboradoras del SENAME, Trabajo con Voluntariados Medición de la Satisfacción Usuaría en forma participativa y Plan para corregir brechas. Cuenta Pública Participativa	Registro de actividades y listado de asistentes Consejo de Desarrollo funcionando don Plan de Trabajo Informe técnico de las actividades del Plan Comunal de Promoción. Existencia de informes de satisfacción usuaria. Existencia de documento Diagnostico participativo. Existencia de documento Plan de Participación Social	Libros de actas Nóminas de asistencia con firma de participantes Informes técnicos de la actividad ejecutada. Registro de actividades Encuestas	Plan Comunal ejecutado Programa de Salud Intercultural ejecutado. Plan de Participación social ejecutado Plan local de Promoción Uso de Redes Sociales Revista del Complejo		P R O M O C I O N Y E N T O R N O L A B O R A L S A L U D A B L E

	PRO B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTAD OS / MEJORA	OBS	R
SALUD LABORAL: COMITÉ PARITARIO TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	1. ACCIDENTABILIDAD EN CESFAM SALVADOR BUSTOS Y CUÑ	Disminuir la tasa de accidentabilidad de los trabajadores en el CESFAM Salvador Bustos y CUÑ, mediante la identificación y corrección de las causas de los accidentes laborales. Fomentar el cumplimiento de las medidas de Higiene y Seguridad laboral, por parte de la institución y los funcionarios de ésta, para disminuir la tasa de accidentabilidad de los trabajadores en el CESFAM Salvador Bustos y CUÑ.	El 50% de los funcionarios recibirá alguna capacitación relacionada con prevención de riesgos laborales. Reducir la tasa de accidentabilidad 2018 en un 10% para diciembre del 2019. Investigar el 100% de los accidentes laborales ocurridos (de trabajo y trayecto).	Ejecutar talleres educativos a los funcionarios con enfoque en prevención de riesgos laborales y promoción de conductas preventivas en el trabajo. Inspeccionar puestos de trabajo y dependencias del centro, para evaluar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del empleador y del trabajador. Coordinar evaluación del riesgo de incendio del establecimiento por personal de Bomberos y de instalaciones eléctricas por personal técnico certificado. Realizar investigación de cada accidente laboral ocurrido por medio de CPHS local, con su respectivo registro. Informar a jefaturas correspondientes, resultados de investigación y medidas de corrección sugeridas. Analizar mensualmente el número y causas de los accidentes laborales ocurridos.	(N° total de funcionarios capacitados/ Promedio de funcionarios del CESFAM Salvador Bustos -CUÑ) x 100 (N° total de accidentes ocurridos/ Promedio de funcionarios del CESFAM Salvador Bustos -CUÑ) x 100 - N° de días perdidos por accidente laboral durante el período - N° de puestos de trabajo inspeccionados por período - Evaluaciones realizadas. (N° de accidentes investigados en el período/ N° de accidentes laborales ocurridos en el período) x 100 (N° de investigaciones entregadas a jefatura/ N° de accidentes laborales investigados) x 100	- Planillas de registro de asistencia a talleres dictados por Mutual de Seguridad. - Registro de asistencia a charlas dictadas por CPHS. - Declaración Individual de Accidente de Trabajo (DIAT). - Estadística de accidentes laborales entregada por Departamento de Prevención de Riesgo de CMDS. - Registro de inspecciones realizadas por CPHS - Registro de evaluación entregadas por los organismos evaluadores. - Registro de investigación de accidente de trabajo. - Registro de investigación de accidente de trayecto. - Informe estadístico anual de accidentes. - Registro de análisis de accidentes ocurridos en el Acta mensual de CPHS	Disminución de la tasa de accidentabilidad 2018 en un 10% para diciembre del 2019. Causas de accidentes laborales identificadas y corregidas.		COMITÉ PARITARIO

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
SALUD LABORAL: COMITÉ PARITARIO TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	2. PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL AMBIENTE LABORAL DEL CESFAM SALVADOR BUSTOS-CUÑ	Disminuir la incidencia de enfermedades laborales psicosociales mediante la reducción de los factores de riesgos psicosociales presentes en el ambiente laboral.	Disminuir en un 10% la tasa de incidencia de enfermedades laborales por causa psicosocial. Disminuir el número de dimensiones alteradas en la próxima reevaluación de encuesta SUSESO/ISTAS.	Implementar medidas preventivas y correctivas destinadas a reducir los factores de riesgos psicosociales presentes actualmente en el ambiente laboral del CESFAM Salvador Bustos-CUÑ según resultados de encuesta SUSESO/ISTAS 21 aplicada en Julio del 2016 según ley 16.744	(N° total de enfermedades laborales por causa psicosocial/ Promedio de funcionarios del CESFAM Salvador Bustos -CUÑ) x 100 Número de dimensiones alteradas en resultado de encuesta SUSESO/ISTAS 21	Formularios de Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) emitidos por el empleador. Resultados de reevaluación de encuesta SUSESO/ISTAS entregado por Mutual de Seguridad	Mejora el ambiente laboral y disminuye tasa de incidencia de enfermedades laborales por causa psicosocial.		COMITÉ PARITARIO

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
SALUD LABORAL: COMITÉ PARITARIO TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	3. PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE RIESGO ALTO EN TAREAS CON MANEJO MANUAL DE CARGA EN CESFAM SALVADOR BUSTOS-CUÑ	Reducir la tasa de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo con días perdidos a causa del Manejo Manual de Carga inadecuado	Entregar conocimientos en manejo manual de carga adecuado al 100% de los funcionarios cuyo puesto de trabajo implique estas tareas. Disminuir el nivel de riesgo encontrado en cada puesto de trabajo con manejo manual de carga, en próxima reevaluación desde Mutua de Seguridad	Coordinar la realización de taller "Manejo Manual de Carga" con Mutua de Seguridad. Implementar las medidas de corrección sugeridas por Mutua de Seguridad en los puestos de trabajo con tareas de Manejo Manual de Carga con resultado "Nivel de Riesgo alto".	(N° de funcionarios capacitados en Manejo Manual de Carga/ N° de puestos de trabajo con Manejo Manual de Carga) x100 Nivel de riesgo encontrado en cada puesto de trabajo con manejo manual de carga reevaluado por Mutua de Seguridad. N° de días perdidos por enfermedad laboral durante el período	Planillas de registro de asistencia a taller "Manejo Manual de Carga" dictado por Mutua de Seguridad. Informe de reevaluación de Manejo Manual de Carga emitido por Mutua de Seguridad. Declaración Individual de Accidente de Trabajo (DIAT). Formularios de Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) emitidos por el empleador	Disminuye la tasa de enfermedades profesionales, menor cantidad de accidentes del trabajo con días perdidos a causa de problemas osteomusculares.		COMITÉ PARITARIO

PROGRAMACIÓN 2019

CESFAM ROSITA RENARD Y SAPU

SALUD EN LA INFANCIA

	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	OBS	R
Ciclo Vital: Infancia	PROMOCION	Promover los factores biopsicosociales protectores de la salud en niños y niñas <i>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil</i>	1) Promover factores protectores en crianza respetuosa: - Según meta CHCC: Realizar taller Nadie es Perfecto al 1% de madres, padres y/o cuidadores de niños bajo control menores de 5 años. - Promover Lactancia materna	- Mantener continuidad de Taller Nadie es Perfecto. - Club de lactancia, aumentar la derivación por parte de matrones. - Participación en comisión mixta. - Incorporar en redes sociales información del Club de Lactancia.	(Nº de madres, padres y/o cuidadores de niños <5 años que ingresan a taller "Nadie es Perfecto" / Nº total de niños <5 años bajo control) x100 Nº de asistentes club lactancia	- Plataforma Chile Crece Contigo - REM 27		E: CCC
			2) Promover factores protectores para el desarrollo psicomotor, según meta del Programa Infantil: al menos un 20% de los niños <1 año participan en sesiones educativas en áreas lenguaje y motor.	Taller "jugando aprendo".	(Nº de asistentes al taller jugando aprendo/población bajo control de niños <1 año) x100	REM 27		
	PROMOCION	Promover hábitos de salud oral. <i>Objetivo Impacto: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables</i>	3) Educar en higiene oral al X% de los niños y niñas de 2 a 5 años de jardines infantiles de la comuna, según meta establecida. Meta 2017: 2513 Meta 2018: 2521 Meta 2019:	- Sesión educativa de técnica de higiene oral a niños, educadoras y profesores. - Entrega de kit de higiene oral - Participación en Comisión Mixta (coordinación intersectorial) - Orientación a los establecimientos educacionales para la confección de cepilleros	(Nº de niños de 2 a 5 años que reciben educación y kit/ Nº de niños de 2 a 5 años según meta establecida) x100	REM 09 / Convenio odontológico		E: Dental
			4) Aumentar el porcentaje de cuidadores de niños/as menores de 6 años en buenos hábitos en salud oral según año anterior.	- Involucrar a los padres en la salud bucal de sus hijos con educación para eliminación de malos hábitos. - Educación en salud bucal, en control de menores de 6 años - Entrega de Guía Anticipatoria. - Reforzar registro en ficha clínica - Asignar la actividad "educación en salud bucal" para enfermeras, nutricionistas y odontólogos.	(Nº de niños <6 años con cuidadores que reciben educación en buenos hábitos bucales / Nº total de niños menores de 6 años bajo control) x100	- REM09 - Población validada por Fonasa. - Informe Rayén de la actividad seleccionada. - Actividad en Rayén: salud bucal (por enfermeras, nutricionistas y odontólogos).	Se sugiere aumentar progresivamente los siguientes años.	

Ciclo Vital: Infancia	PREVENCIÓN	Prevenir enfermedades prevalentes en población infantil. <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	5) Lograr al menos un 95% cobertura PNI en niños y niñas <1 año. (Meta Nacional, estándar)	• Educación y sensibilización en controles realizados por equipo de salud. • Registro adecuado en RNI, tarjetón de control y vacunas • Mejorar estrategias de rescate de inasistentes (distintas unidades) • Supervisión de Programa por enfermera PNI • Difusión, educación y sensibilización al equipo de salud. • Registro de rechazos en box de atención • Mantener práctica de tetanalgesia en box vacunatorio • Información en redes sociales. • Capacitación en Rayen para manejo de estadísticas y registros.	(Nº de niños de 2 meses vacunados / Nº de niños de 2 meses esperados a vacunar) x100 (Nº de niños de 4 meses vacunados / Nº de niños de 4 meses esperados a vacunar) x100 (Nº de niños de 6 meses vacunados / Nº de niños de 6 meses esperados a vacunar) x100 (Nº de niños de 1 año vacunados/ Nº de los niños de 1 año esperados a vacunar) x100	Tarjetero de Vacunatorio. Registros Rayen			Encargada PNI
	PREVENCIÓN	Prevenir la mortalidad por IRA grave, en la población objetivo <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	6) Lograr cobertura de la vacunación anti-influenza y neumococo, según lo comprometido en meta 2019.	• Reunión general en marzo para sensibilizar al equipo de salud • Educación y sensibilización en controles de salud realizados por el equipo • Coordinación con autoridades comunales, instituciones públicas y privadas, jardines, colegios, hogares. • Conformar equipo, con funcionarios requeridos para ejecutar la acción de vacunar • Información en redes sociales. • Elaborar estrategia para facilitar acceso a vacunación en sector 4.	Logra cobertura de vacunación anti-influenza según meta 2019 (si/no) Logra cobertura de vacunación neumococo según meta 2019 (si/no)	Tarjetero de Vacunatorio. RNI			Encargada PNI
		Aumentar la lactancia materna en menores de 6 meses como factor protector de obesidad <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener o disminuir la obesidad infantil	7) Lograr prevalencia de Lactancia Materna: • Al mes: 80% (meta local) • A los 3 meses: 60% (meta local) • A los 6 meses: Según Meta Sanitaria 2019	• Sesiones educativas de lactancia (taller CCC, Club de Lactancia Materna) • Consejería breve en lactancia en consultas y controles • Control de Diada • Paneles y Cartillas • Clínica Lactancia Materna, con cupos protegidos • Citación de inasistentes • Revisión de tarjetero • Consulta 5º mes Nutricionista • Feria de Promoción	(Nº de niños <1 mes con LME / Nº de niños <1 mes controlados) x100 (Nº de niños <3 meses con LME / Nº de niños <3 meses controlados) x100 (Nº de niños <6 meses con LME / Nº de niños <6 meses controlados) x100	REM A03 sección A6			E Prog. Infantil // Equipo Salud
		Detectar oportunamente riesgo de depresión materna <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	8) Lograr cobertura de aplicación de Pauta Edimburgo al 90% de niños de 2 meses y al 80% de niños de 6 meses.	• Aplicar pauta de Edimburgo • Educar en adherencia a controles • Auditoría registros en Rayén • Mejorar registros de controles de salud • Gestión de agenda • Realizar registro en Grada y Sename de niños controlados en estas edades	(Nº de niños de 2 meses con pauta Edimburgo aplicada / Nº de niños de 2 meses controlados) x100 (Nº de niños de 6 meses con pauta Edimburgo aplicada / Nº de niños de 6 meses controlados) x100	Informe mensual EU / A01 sección B			Encargada P. Infantil // Enfermera de

		Reducir riesgo de caries en menores de 20 años. <i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable.	9) Aplicar flúor barniz a los menores de 20 años inscritos, según meta 2019: • Programa cero (niños <3 años libre de caries) • GES 6 años • 12 años • 7 a 19 años	• Realizar fluoración durante la atención integral y en jardines infantiles. • Unificar criterio en reunión de estamento	(N° de niños menores de 20 años que recibieron flúor barniz / N° total de niños menores de 20 años comprometidos a atender) x100	Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por FONASA.				E. Dental
--	--	--	---	---	---	--	--	--	--	-----------

	Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	OBS	R
Ciclo Vital: Infancia	Alteración del Desarrollo Psicomotor en el niño menor de 6 años	Detectar oportunamente rezago y déficit en el desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño sano. <i>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</i>	10) Mantener cobertura de al menos 90% de screening de DSM (Pauta Breve), en niños de 4 meses, 90% en niños de 1 año y de 75% en niños de 2 años bajo control.	• Aplicación de Screening de DSM. • Coordinación con Equipo de Salud para rescate de inasistentes. • Gestión de agenda en caso de ausencia de profesional para menores de un año • Optimizar registros. • Educación sobre adherencia a controles a padres y/o cuidadores.	(Nº de niños de 4 meses con EDSM / Nº total de niños de 4 meses controlados) x100 (Nº de niños de 1 año con EDSM / Nº total de niños de 12 a 17 meses controlados) x100 (Nº de niños de 2 años con EDSM / Nº total de niños de 24 a 35 meses controlados) x100	REM A03 sección A1 / REM A01 sección B REM A03 sección A1 / REM A01 sección B REM A03 sección A1 / REM A01 sección B Registro Rayén		*** Problema de salud priorizado N° 5 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal importante hacer gestión de agenda priorizada por programa, se solicita hacer un protocolo Se	Encargada Programa Infantil // Enfermera de Sector
		Recuperar menores de 12 a 23 meses con déficit en el desarrollo psicomotor <i>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</i>	11) Mantener cobertura de la evaluación del DSM en las siguientes edades y porcentajes: * 8 meses = 90 % * 18 meses = 94.5 % (IAAPS) * 3 años = 50 %	• Confirmación de horas y rescate de inasistentes priorizados • Educación a adherencia a controles • Optimizar registros • Gestión de agenda • Cupos protegidos	Nº de niños bajo control de 8 meses con EDSM / nº de niños de 7 a 11 meses controlados x100 Nº de niños de 18 meses con EDSM / nº niños de 12 a 23 meses bajo control x100 Nº de niños de 3 años con TEPSI / nº de niños de 36 a 47 meses controlados x100	REM A03 sección A1 / REM A01 sección B REM A03 sección A2 / REM P2 sección A REM A03 sección A1 / REM A01 sección B Registro Rayén			
			12) Lograr al menos un 90% de recuperación de los niños de 12 a 23 meses de edad con riesgo del DSM.	• Consulta de Déficit DSM. • Referencia a sala de estimulación • *Seguimiento de casos • Registro en libro de desarrollo psicomotor • Rescate de inasistentes. • VDI. • Referencia médica y/o especialista	(Nº de niños de 12 a 23 meses con riesgo de DSM recuperados / Nº de niños de 12 a 23 meses con riesgo DSM bajo control) x100	Libro de desarrollo psicomotor de los sectores Planilla Excel REM A03 sección A2			

		Detectar oportunamente alteraciones del neuro desarrollo <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</i>	13) Aplicación de Pauta Neurosensorial al 90% de niños entre 1 y 2 meses de edad.	• Aplicar pauta Neurosensorial • Educar a funcionaria de coordinación en citación (edad corregida) • Seguimiento registros Rayén • Derivación oportuna de pautas alteradas • Confirmación de horas • Rescate inasistentes	(Nº de niños de 1 a 2 meses con pauta aplicada / N° total de ingresos de recién nacidos) x100	REM A03 sección A1 / REM A01 sección B		deberá trabajar con Rayen para obtener datos claros para indicado res, con posibilidad de modificaciones según las fuentes que se puedan disponer .	
--	--	---	---	--	--	---	--	--	--

Ciclo Vital: Infancia	Alteración Nutricional en el niño menor de 9 años	Prevenir enfermedades crónicas no transmisibles <i>Objetivo Impacto: Mantener o disminuir la obesidad infantil</i>	14) Mantener prevalencia de malnutrición por exceso en menores de 9 años en un 38,1%	• Consulta nutricional • Auditar la aplicación pauta FRECNT a niños con mal nutrición por exceso en ingreso nutrición. • Aplicar pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso • Consejería breve a cuidadores • Participación en Comisión Mixta. • Realizar Talleres de Vida Sana según indicación de Programa anual. • Entrega de Guía Anticipatoria de obesidad (5° y 10° mes) • Control nutricional de los 10 y 42 meses	(N° de niños menores de 9 años con malnutrición por exceso / N° total de niños < 9 años bajo control) x100	REM P2 sección A		Si bien resultados del año 2018 logran disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso, no se propone modificarla para el año 2019 ya que, con nueva tabla de clasificación para niños a partir de los 5 años, se estima que aumentará la cantidad de niños que se clasifiquen como obesos y sobrepeso.	E Prog. Infantil // Nutricionista de Sector
			15) Mantener o disminuir el índice de obesidad en menores de 6 años.	• Reuniones Técnicas y de Estamento. • Atención integral. • Consulta nutricional oportuna. • Monitoreo de inasistentes por sector • Rescate de inasistentes	(N° de niños <6 años con obesidad / N° de niños <6 años bajo control) x100	REM P2 sección A			

	Trastornos emocionales y de conducta	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con trastornos mentales <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Disminuir la prevalencia de discapacidad</i>	16) Detectar, diagnosticar y otorgar atención integral a 80 niños y adolescentes con trastornos conductuales y emocionales.	•Fortalecer pesquisa en equipo de salud •Atención integral •VDI	N° de niños y adolescentes con trastorno emocionales y de conducta ingresados a tratamiento	REM 05		*** Problem a de salud priorizad o N°3 para este ciclo vital, de acuerdo a planifica ción comunal	E. Prog. Salud Mental
			17) Aumentar el número de altas clínicas de niños/as con trastornos mentales en comparación al año anterior Año 2017: 5 Año 2018: 517 (primer semestre)	•Atención integral •Gestión de agendas •Monitoreo de casos severos en dupla psicosocial •Coordinación con Red	N° de niños con trastorno mentales con alta clínica durante año en curso.	REM 05		Se realizó limpieza del bajo control, lo que significó un aumento de las altas registradas. Se argumentó ya al SSMO	
	VIF	Brindar atención integral y oportuna a niños/as víctimas de maltrato <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Disminuir la violencia de género</i>	18) Aumentar la atención de niños/as de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al período anterior	•Detección oportuna •Tratamiento integral •VDI priorizada •Estudio de casos priorizados •Sensibilizar y capacitar al equipo de salud •Identificar de modo estandarizado la atención por VIF, para optimizar la búsqueda de casos (libros y Rayén)	Nª de niños/as de 0-9 años atendidos por maltrato	Registro Interno: Se obtendrá dato de niños atendidos por maltrato a través de Rayen, buscando por diagnóstico*	*Todos los profesionales deben marcar CIE 10: T74.9: Síndromes del maltrato no especificado (estado: sospecha)	*** Problem a de salud priorizad o N°3 para este ciclo vital, de acuerdo a planifica ción comunal	

Ciclo Vital: Infancia	Enfermedades Respiratorias Agudas del niño	Otorgar atención oportuna para menores de 5 años que cursen con IRA baja <i>Objetivo Impacto: Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</i>	19) Acceder a atención kinésica dentro de 24 hrs al 90 % de las IRA baja en menores de 5 años, confirmadas y derivadas a sala IRA	•Gestión de agenda kinésica con cupos protegidos para urgencia •Atención kinésica en SAPU durante campaña de invierno •Monitoreo registro GES •Monitoreo de registro en Rayén •Refuerzo sobre uso de agenda en coordinaciones. •Implementar derivación interna vía Rayen (capacitar equipo médico y coordinaciones).	N° de niños atendidos en sala IRA dentro de 24 hrs. / N° de niños derivados a Sala IRA x100	RAYEN		*** Problem a de salud priorizad o N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planifica ción comunal	Encargada Unidad Respiratorio // Equipo de salud	
	Enfermedades Respiratorias Agudas del niño	Prevenir mortalidad por IRA baja en el menor de 5 años <i>Objetivo Impacto: Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</i>	20) Intervención al 90% de los pacientes con RMBNM moderado a severo	•Aplicación de score de riesgo de morir por neumonía en todos los controles de salud. •Reforzar aplicación de pauta (ej, malformación congénita) •VDI al 90% de los pacientes con RMBNM severo, dentro de sector con evaluación Factores de Riesgo. •Monitoreo de registros •Intervención en sala al 90% de los pacientes con SRMBN moderado y severo fuera de sector con evaluación de factores de riesgo	N° de niños menores de 7 meses con RMBNM severo intervenidos con VDI / Total de niños con RMBNM severo pesquisados a intervención x100 N° de niños menores de 7 meses con RMBNM moderado y severo intervenidos en sala IRA / Total de niños con RMBNM moderado y severo pesquisados a intervención x100 *Estos indicadores no considerarán a niños institucionalizados en SENAME; dado que la intervención en domicilio se enfoca en factores ambientales y estos hogares cumplen con los estándares.	* REM A26 sección A * REM A23 sección M.1 “otras” * Registro interno sala IRA * Informe de formularios “Riesgo de morir por neumonía Rayén			Encargada Unidad Respiratorio // Equipo de salud	
	Enfermedades Respiratorias Crónicas en el Niño		21) Aumentar en 20% la proporción de pacientes con asma controlado	• Evaluación de nivel de control del asma en pacientes menores de 15 años con asma bajo control en el Programa IRA. • Aplicar pauta de nivel de control de asma (lo debe aplicar médico)	(N° de pacientes menores de 15 años con Asma Compensado / N° de niños bajo control en el Programa IRA en período actual) – (N° de pacientes menores de 15 años con asma compensados / N° de niños bajo control en el Programa IRA año anterior)	REM P3 sección D				E. U Respiratoria
	Enfermedades Respiratorias Crónicas en el Niño	Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios <i>Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</i>	22) Entregar atención integral a usuarios <15 años bajo control del Programa IRA	• Aplicar formularios RAYEN. • Reforzar en equipo el uso correcto de formulario.	(N° de pacientes <15 años de programa IRA evaluados con formulario Rayen / N° total de pacientes <15 años de sala IRA bajo control) x100	Planilla de formularios de Rayen.				

	Problemas de Salud bucal	Mejorar y mantener la salud oral en niños de 6 años. <i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable	23) Lograr egreso del programa cero según meta sanitaria 2019 en niños de 6 años.	• Control odontológico niño sano. • Derivación oportuna por equipo de salud. • Registro en SIGGES. • Rescate de pacientes. • Participación activa en Comisión Mixta. • Gestión de agenda. • Difusión. • Atención dental en clínica dental móvil.	(N° de niños 6 años con egreso del programa cero / N° de niños de 6 años inscritos en el CESFAM) x100	Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por FONASA.		*** Problema de salud priorizado, transversal a todos los ciclos vitales, de acuerdo a planificación comunal	E: Programa Salud Dental
		Mejorar y mantener la salud bucal en niños menores de 20 años. <i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable	24) Lograr altas odontológicas en personas de 7 a 19 años de edad según IAAPS 2019.	• Derivación oportuna por equipo de salud. • Participación activa en Comisión Mixta • Difusión. • Registro y monitoreo.	(N° de usuarios de 7 a 19 años con alta odontológica / N° de usuarios de 7 a 19 años inscritos en el CESFAM) x100	Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por FONASA.			

*** Problema de salud priorizado N°4 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal, corresponde a NANEAS, no contenido en la presente planificación.

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

		Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adolescencia	PROMOCION	Potenciar factores protectores y disminuir factores de riesgo en adolescentes de la comuna <i>Objetivo impacto: disminuir muertes por intentos suicidas en adolescentes</i> <i>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</i>	1) Aumentar la cobertura del programa de intervención en factores protectores y de riesgo psicosocial ("Proyecto de Vida"), presentes en la población adolescente Año 2016: 39 adolescentes Año 2017: 23 adolescentes Año 2018: 120 adolescentes	- Coordinación con la red - Implementar y ejecutar el programa de intervención - Evaluar intervención - Taller en desarrollo	N° de adolescentes intervenidos a través del programa	Registro de asistencia en Rayén			E. Programa Adolescente
			2) Promover factores psicosociales protectores de salud mental dirigidos a padres, profesores o cuidadores	- Elaboración de taller para padres y profesores de los adolescentes intervenidos - Ejecución del taller	Ejecución del taller SI / NO	Registro de asistencia			
	PREVENCIÓN	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables, que causan morbilidad a través del control de salud adolescente <i>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</i>	3) Aumentar cobertura a un 15 % en intervenciones de salud en población bajo control de 10 a 19 años Cobertura 2017: Clap	- Consejería SS y R - Consulta por equipo de salud - Controles de salud por enfermera (12, 15 y 19 años) - Ficha CLAP de 10 a 14 años. - Confirmación telefónica de horas de control adolescente para ficha CLAP	N° adolescentes de 10 a 19 años bajo control* / Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos *bajo control considera al menos una prestación por profesional en el año	Solicitar informe a Rayén / Per cápita para adolescentes de 10 a 19 años		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Adoles.
		<i>Objetivo Impacto: Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida</i>	4) Entregar herramientas para la prevención de violencia en adolescentes, dirigidos a padres y profesores	- Coordinación con la red - Charlas psicoeducativas en colegios	N° de sesiones psicoeducativas realizadas	REM 27 Registro de asistencia			

		Disminuir la morbilidad asociada a consumo de tabaco <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Reducir la prevalencia proyectada de consumo de Tabaco</i>	5) Prevención de tabaquismo en alumnos de al menos dos colegios de la comunidad	- Taller educativo - Coordinación y calendarización de actividades (en comisión mixta)	N° de alumnos intervenidos	*Intervención en un colegio de la comunidad *Trabajo con comisión mixta			E. P. Respiratorio
		Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva del adolescente de 10 a 19 años <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes</i>	6) Realizar al menos al 10% de los adolescentes inscritos Consejerías en SSyR.	- Consejerías en SS y R oportuna. - Mejorar el registro (énfasis estamento enfermeras)	N° de consejerías SSyR en adolescentes / Adolescentes inscritos en Cesfam	REM 19 Sección A		*** Problema de salud priorizado N° 3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
			7) Sensibilizar a alumnos de la comuna de Ñuñoa en conducta sexual responsable	Realizar sesión educativa en 2 colegios de la comuna (1 colegio por semestre)	N° de sesiones realizadas / N° de asistentes a sesiones	Informe matrona encargada de programa	(se mantiene en uno semestral como compromiso, aún cuando se hizo más en año 2018, porque es una actividad sensible a la disponibilidad de los colegios).		E. P. Mujer

			8) Cobertura de MAC en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (17%)	- Atención de regulación de la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años, por matrona - Entrega de preservativos por el resto de los profesionales	Número de adolescentes de 15 a 19 años inscritos, que usan método de regulación fertilidad (bajo control) / Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos				
	Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adolescencia	Problemas de Salud mental	<i>Objetivo Impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	9) Detectar tempranamente adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de OH, drogas y otros trastornos de salud mental	- Atención integral (médico, asistente social y psicólogo). - Ingreso de psicología - Pesquisa a través de ficha CLAP	N° de adolescentes intervenidos en poli	Solicitar informe a Rayén		*** Problema de salud priorizado N° 1, 4, 5 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E: Prog. Salud Mental

	Problemas de Salud bucal	Mantener salud bucal en adolescentes de 12 años. <i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable	10) Lograr el alta odontológica en el X%* de los adolescentes de 12 años inscritos. *Según meta 2019	• Difusión • Derivación oportuna por equipo de salud. • Rescate de inasistentes • Participación activa en Comisión Mixta	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica / Nº de usuarios de 12 años inscritos x100	Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por Fonasa.		*** Problema de salud priorizado, transversal a todos los ciclos vitales, de acuerdo a planificación comunal	E. Dental
--	--------------------------	--	---	---	--	---	--	--	-----------

*** Problema de salud priorizado para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal:
Nº 6 correspondiente a prevención PSCV, no contenido en la presente planificación
Nº 7 correspondiente a deserción escolar, no contenido en la presente planificación

SALUD EN EDAD ADULTA

	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador	Resultado / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PROMOCION Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población (Como parte de los Objetivos Sanitarios de la década). <i>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</i>	1) Identificar la prevalencia del tabaquismo, sedentarismo y obesidad en personas de 15 años y más bajo control en el Cesfam. * Tabaquismo 2015: 400/17203=2,3% 2016: 4,8% 2018: 10,2% ENS 2016/2017: 33,3% * Obesidad 2015: 351/8934=3,93% 2016: 21,46% (no PSCV) 14,4 % (bajo control PSCV) Prev Nac. ENS 2016/2017: 31,2% Sedentarismo ENS 2016/2017: 86,7% Definido como: no practicar deporte o realizar actividad física fuera de su horario de trabajo, durante 30 minutos o más cada vez, 3 o más veces por semana.	- Fortalecer el registro en Rayen a través de reuniones técnicas y capacitaciones internas. - Registro adecuado en ficha clínica. - Estandarizar uso del registro del diagnóstico CIE10: Tabaco y nicotina. - Definir sedentarismo y socializar en el equipo - Registro de sedentarismo - Actividades de promoción en el año (equipo de promoción responsable)	(Nº de usuarios de 15 y más años con tabaquismo activo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cesfam) x100 (Nº de usuarios 15 y más años con obesidad / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cesfam) x100 (Nº de usuarios de 15 y más años con sedentarismo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cesfam) x100	Informe extraído de Rayen (seleccionar registros en formulario de cardiovascular y EMP+EMPAM) / Total de AM bajo control Serie P 05, sección B + Información adicional "Población en control por estado nutricional" para usuarios de 15 y más años (sección A y B). *incluir como diagnóstico de CIE10. Informe de Rayen (seleccionar EMP+EMPAM) / Total de AM bajo control Serie P 05, sección B + Información adicional "Población en control por estado nutricional" para usuarios de 15 y más años (sección A y B).		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal Resultados reflejan mejora y brechas en registro (aún no es posible tomar decisiones, pues los datos siguen siendo no confiables en cuanto a la variabilidad que ha mostrado).	Encargada PSCV
		2) Educar en higiene oral al 100% de los usuarios que ingresan a tratamiento odontológico.	- Coordinación con equipo dental (unificación de criterios en reunión de estamento) - Sesión de educación en técnica de higiene oral a pacientes ingresados a tratamiento dental - Auditoria de registro en Rayén	(Nº de pacientes que reciben educación en higiene oral / Nº de pacientes que ingresan a tratamiento dental) x100	REM09 sección / REM09 sección (Se deben filtrar los pacientes que no son ingresos en "actividad")			E. Programa Salud Dental

PREVENCIÓN		Instalar la Temática de promoción de Estilos de Vida Saludable (EVS) en el CESFAM	3) Promoción de Estilos de Vida Saludable (EVS)	- Fortalecer el Equipo de Promoción en el CESFAM - Participar del Plan Comunal de Promoción - Implementación de actividades propuestas por equipo multidisciplinario, dirigidas a la comunidad	N° de ACTIVIDADES realizadas / actividades programadas	Acta de conformación de equipo de Promoción Acta de reuniones			E Participación
		Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del EMPA en personas de 20 a 64 años <i>Objetivo Impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	4) Lograr cobertura de EMPA de XX*% de hombres de 20 a 64 años inscritos en el Cesfam * según meta IAAPS 2019	- Aplicar protocolo de EMPA a hombres en grupo de riesgo - Coordinar acciones con otras unidades del Cesfam para la toma de EMPA - Realizar Empatón en la comunidad 2° semestre. (primer semestre focalizado en población inscrita). - Rescates inscritos inasistentes. - Estrategias de rescate por sector (Listados GDA; Listado de agendados con médico, matrona, etc.; Listado de inscritos, todas las urgencias de dental al momento de agendar se derivan a enfermera para EMPA inmediato coordinado por SOME).	(N° de EMPA realizado a población masculina de 20 a 64 años / población masculina de 20 a 64 años inscrita, menos la población masculina de 20 a 44 años bajo control en el PSCV) x 100	REM A02 sección A / Población inscrita validada (-) población masculina en control en PSCV REM P04 (+) REM A05, sección H (-) REM A05 sección I			E. P. Adulto
			5) Lograr cobertura de EMPA de XX*% de mujeres de 45 a 64 años inscritas en el Cesfam * según meta IAAPS 2019	- Aplicar protocolo de EMPA a mujeres en grupo de riesgo - Coordinar acciones con otras unidades del Cesfam para la toma de EMPA - Realizar Empatón en la comunidad - Horas enfermera para realizar EMPA - Estrategia con equipo dental (estrategia inmediata de RX dental)	(N° de EMP realizado a población femenina de 45 a 64 años años/Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos la población femenina de 45 a 64 años bajo control en el PSCV) X 100	REM A02 sección A/Población inscrita validada menos población femenina en control en PSCV REM P04 más REM A05, sección H menos REM A05 sección I EM			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	Detección de colecistitis en personas de 20 años y más. <i>Objetivo Impacto: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</i>	6) Garantizar que el 100% de las personas de 20 y más años con clínica de patología abdominal tenga acceso a ecografía abdominal.	- Realizar ecografía abdominal a la población de 20 y más con clínica de patología abdominal - Reforzar registro Rayén - Estandarizar en equipo médico, uso del dg "dolor abdominal" para solicitud de ecografías si es con esta sospecha.	Nº de adultos de 20 y más con ecografía abdominal realizada / Población inscrita de 20 y más años con dolor abdominal (según CIE10) x100	REM BM 18 Sección K Registro Rayén Planilla Ecografías realizadas Para denominador: diagnóstico en Rayén R10.1		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Adulto
			7) Conocer la prevalencia de vesícula patológica en el CESFAM.	- Realizar ecografía abdominal a la población de 20 y más con clínica de patología abdominal - Reforzar registro Rayén	Nº de adultos de 20 y más años con vesícula patológica/Población inscrita de 20 y más años x100	Planilla de ecografía realizadas Planilla de inscritos per cápita.			
		Disminuir las muertes por CA de cuello uterino <i>Objetivo Impacto: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</i>	8) Reducir en un *X% la brecha de cobertura de PAP en mujeres de 25 a 64 años inscritas sin PAP vigente. *(Según meta anual)	- Control preventivo de salud integral de la mujer - Difusión (feria de promoción) y educación a la comunidad, con entrega de díptico en OIRS y SOME (per cápita) - Monitoreo en calidad de toma de PAP - Clínica de puerta abierta para toma de PAP - Rescate de mujeres con PAP atrasado - Extensión horaria exclusiva para PAP (matrona en vespertino día sábado).	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas x100	REM P12 Citoexpert Revicam		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Mujer
			9) Mantener derivación oportuna del 100% de los PAP (+) al nivel secundario.	- Atención oportuna y priorizada de los PAP+ - Coordinación con el nivel secundario. - Refuerzo de registro en Rayén - Seguimiento de mujeres con PAP (+)	Nº de PAP (+) derivados a UPC / Nº de PAP (+) pesquisados x100	Registro enviado desde laboratorio de citopatología			
		Disminuir las muertes de mujeres por Ca de mama <i>Objetivo Impacto: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</i>	10) Alcanzar un 30 % de cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente	- Control ginecológico y de salud - Educación autoexamen de mamas - Solicitar mamografía y ecografía mamaria en grupos de riesgo - Difusión (feria de promoción) y educación a la comunidad	Nº de mujeres con mamografía vigente de 50-59 años / Nº de Mujeres 50-59 años inscritas x100	REM P12		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Mujer

			11) Mantener un 20 % de cobertura de mujeres de 35 y más años con mamografía vigente	• Control ginecológico y de salud • Educación autoexamen de mamas • Solicitar mamografía y ecografía mamaria en grupos de riesgo • Difusión (feria de promoción) y educación a la comunidad	Nº de mujeres de 35 y más años con mamografía vigente / Mujeres de 35 y más años inscritas x100	REM P12			
			12) Mantener derivación oportuna del 100% de las mamografías Birads 4 y 5	• Atención oportuna y priorizada de las mamografías Birads 4 y 5. • Coordinación con el nivel secundario. • Refuerzo de registro en Rayén • Seguimiento de mujeres con mamografía Birads 4 y 5.	Nº de pacientes con mamografía Birads 4 y 5 derivados a UPM / Nº de pacientes con mamografías Birads 4 y 5 pesquisadas x100	Registro a definir, según informe encargada de programa de la mujer.			

		Eliminar la TBC como problema de salud pública <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	13) Aumentar el Índice de Pesquisa de TBC pulmonar según meta 2017 2014, IP: 47,1x1000 consultas de morbilidad en >15 años. 2015, IP: 51x1000 consultas de morbilidad en >15 años. 2016, IP: 38x1000 consultas de morbilidad en >15 años. 2017, IP: 46,9x1000 consultas de morbilidad en >15 años. *Se estima para año 2018, IP: 50x1000 consultas de morbilidad en >15 años.	• Mantener registro completo del Libro de BK, a cargo de TENS de equipo. • Toma de la 1ª BK de manera inmediata • Entrega de segunda muestra en toma de muestra • Solicitud de BK a todo paciente sintomático respiratorio (prolongado): Postrado y/o institucionalizado, Paciente sala ERA, Cardiovascular, Controles preventivos, Morbilidad, "Volante" (solicitantes de hrs, situación de calle, adicciones o acompañantes) • Entrega de tercera hoja de solicitud de BK a oficina GES o equipo • Actualización de manual interno del programa TBC • Fomentar capacitación on line para funcionarios (80% debe estar capacitado) • Contacto directo con encargada de CIAMI y equipo • Realización de charla anual a grupo de migrantes de CIAMI (entrega de material) • Difusión a personal de SOME, aseo, damas de rosado y conductores de móviles de traslado sobre "flujograma" de pacientes sintomáticos respiratorios • Participación de reuniones de sectores, estamentos y SAPU • Realización de visitas al menos al 30% de casas de reposo adultos mayores correspondientes al CESFAM, para pesquisa de sintomáticos respiratorios.	Nº de BK de expectoración diagnosticadas tomadas en pacientes de >15 años x 1000 consultas morbilidad / Nº de consultas de morbilidad en mayores de 15 años	Libros sintomáticos respiratorios		Mantener la toma de RX de tórax para el estudio de contacto por convenio (según caso)	
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--

			14) Atención integral al 100% de los pacientes con TBC pulmonar. • Coordinar la atención e ingreso a Programa de los pacientes con BK de expectoración (+). • Coordinar el control mensual de pacientes con TBC Pulmonar por médico y enfermera del Programa • Asegurar Stock suficiente de fármacos para pacientes, registro en Rayén de recetas • Implementar plan de acción para los estudios de contacto y según el score de riesgo • Atención por asistente social a pacientes con riesgo de abandono. Incorporar sicología en dependiendo del caso. • Rescate de inasistentes: Realización de visita domiciliaria desde la primera semana de inasistencia con previo rescate telefónico • Actualización y difusión de manual interno	Nº de pacientes TBC pulmonar con estudio de contacto completo / Nº de pacientes TBC pulmonar bajo control en Programa x100 Nº de pacientes con controles al día / Total de ptes bajo control por TBC x100 Difusión del Manual Interno SI / NO	Estadística TBC Tarjetones de atención				
Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	Reducir las complicaciones en personas con diabetes <i>*Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus</i>	15) Al menos el 50% de pacientes que son diagnosticados con DM (ingresos) cuentan con examen de fondo de ojo dentro del primer año desde la fecha de diagnóstico. 2016 = 2.4%	• Control CV • Auditoria de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de DM (ingresos) • Mejorar registros en ficha clínica y solicitar registros a UAPO • Registro por médico y enfermera del fondo de ojo en formulario CV • Estandarizar registros en formulario CV con estamento médico, enfermeras, nutricionista. • Que en UAPO se utilice el registro de la actividad "fondo de ojo". • Cupos protegidos para ingresos (en agenda UAPO).	Nº de diabéticos ingresados en el período con examen de fondo de ojo realizado / Nº total de diabéticos ingresados en el mismo período x100	Nómina GES y nómina u otra fuente que proporcione el servicio externo que corresponda (prestación otorgada a través de compra de servicios por convenio) y de ficha clínica del paciente. Si está disponible, utilizar filtro de actividad "fondo de ojo" en Rayen.			Encargada PSCV

			16) Aumentar a un 40% los pacientes diabéticos que cuentan con examen de fondo de ojo vigente (el estándar es 50% para la población general y 80% para AM) 2015 = 26,2% 2016 = 36.3%	• Control CV • Auditoria de fichas clínicas • Mejorar registros en ficha clínica y solicitar registros a UAPO • Confirmación telefónica de horas	N° de diabéticos con fondo de ojo realizado / N° total de diabéticos bajo control x100	Numerador: nómina u otra fuente que proporcione el servicio externo que corresponda (prestación otorgada a través de compra de servicios por convenio) Denominador: Informe estadístico P04, sección A			
			17) Lograr porcentaje según Meta Sanitaria 2019, de pacientes diabéticos con evaluación del riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses (el estándar es 100%)	• Control con enfermera y médico • Reforzar registro correcto en ficha clínica • Auditoría de fichas clínicas de pacientes diabéticos • Mantener como prioridad en el control de enfermera del paciente diabético, la evaluación del riesgo de ulceración de los pies.	N° de pacientes con evaluación del pie diabético realizadas dentro del año/ N° total de usuarios diabéticos bajo control	Numerador: Informe estadístico P04, sección C Denominador: Informe estadístico P04, sección A		2015= 48% 2016 = 54.6% 2017= 65% (Meta MINSAL 90%)	

			18) Aumentar cobertura de pacientes diabéticos con control podológico anual, respecto al año anterior. 2015 = 26,2% 2016 = 37% 2017 =	• Evaluar la posibilidad de aumentar horas podológicas: extensión horaria o reemplazo de vacaciones con funcionarias del Cesfam (TENS de otras unidades que son podólogas). • Mantener taller podológico • Registro adecuado en ficha • Auditoría de ficha clínica (evaluar correcta derivación) • Confirmación telefónica de las citaciones en podología.	Nº de pacientes diabéticos con control con podóloga dentro del año / N° total de pacientes diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico de Rayén (consultas de podóloga) Denominador: Informe estadístico P04, sección A			
Prob	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador	Resultado / Mejora	Obs	R	

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	HTA, DM y DLP	Aumentar la cobertura diagnóstica de los pacientes de 15 y más años de HTA, DM y DLP <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	17) Aumentar cobertura de HTA y DM en personas de 15 y más años de edad según lo logrado el año anterior * Cobertura HTA 2015: 6915 / 8197= 84,4% 2016: 6816 / 8022 = 85% 2017: * Cobertura de DM 2015: 2388 / 3989=59,9% 2016: 2334 / 3887 = 60.05% 2017:	- Control preventivo, según ciclo vital, de la población de 15 y más años inscritos en el CESFAM. - Registro adecuado en ficha clínica (registro en formulario correspondiente). - Socializar en reunión técnica protocolo institucional de Perfil de PA - Capacitación en medición de PA de funcionarios que realizan funciones clínicas relacionadas con la detección y diagnóstico de HTA	Nº de hipertensos de 15 y más años bajo control / Nº de usuarios HTA de 15 y más años estimados según prevalencia x100 Nº de usuarios diabéticos de 15 y más años bajo control / Nº de usuarios diabéticos de 15 y más años estimados según prevalencia x100	P04 sección A / Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para HTA: 15-64 años=15,7% 65 y más años=64,3% P04 sección A / Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para DM2: 15-64 años=10% 65 y más años=25%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV
			20) Aumentar cobertura de DLP considerando prevalencia nacional. Prevalencia Nacional ENS 2010= 38,5% Año 2015: 41% Año 2016: 35,8%	- Control preventivo, según ciclo vital, de la población de 15 y más años inscritos en el CESFAM. - Registro adecuado en ficha clínica.	Nº de dislipidémicos de 15 y más años bajo control / Nº de usuarios de 15 y más con Dislipidemia estimados según prevalencia	P04 sección A/ Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para DLP: Prevalencia DL ENS= 38,5%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E: PSCV
	Control de HTA	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada. <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	21) Aumentar el porcentaje de funcionarios del CESFAM que desempeñan funciones clínicas asociadas a la detección, diagnóstico y/o control de pacientes hipertensos que se encuentran capacitados en toma de presión arterial respecto al año anterior.	- Realizar capacitación local en la técnica de la medición de la presión arterial a grupo objetivo. - Se sugiere conformar un equipo CV, que pueda coordinar esta y otras instancias	Nº de funcionarios capacitados en la técnica de la medición de la presión arterial / Nº total de funcionarios que desempeñan funciones clínicas asociadas a la detección, diagnóstico y/o control de pacientes hipertensos x100	Listado de funcionarios que aprueban capacitación local en la técnica de la medición de la presión arterial" (solicitar a coordinadora del curso) / Listado de funcionarios que desempeñan funciones clínicas asociadas a la detección, diagnóstico y/o control de ptes. HTA		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV

			22) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico de HTA según Meta Sanitaria e IAAPS 2018. Meta 2017: 57,5 % Meta Sanitaria 2018: 66% IAAPS 2018: 64,87%	- Control de pacientes según flujograma PSCV local. - Auditoría de ficha clínica de pacientes con HTA para evaluar registros en "Formulario Cardio Vascular". - Participación de equipos de sector en Consultoría del PSCV del SSMO. - Socializar procedimiento de Perfil de PA y su flujograma. - Incorporar a otros profesionales para atención: psicólogos, kinesiólogos, QF. - Conformar equipo de PSCV institucional	Nº de usuarios hipertensos de 15 y más años con PA<140/90 mmHg / Nº de usuarios hipertensos de >15 años estimados según prevalencia x100	Numerador: Informe estadístico P04, sección B Denominador: Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para HTA: Prevalencia Nacional estimada 15-64 años=15,7% 65 y más años=64,3%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
			23) Mejorar la adherencia a tratamiento de pacientes con diagnóstico de HTA que presentan cifras de PA >140/90	- Programar taller de adherencia a tratamiento de pacientes cardiovasculares (responsable de ejecutarlo QF). - Control con QF de pacientes descompensados e ingresos a programa	Taller de adherencia a tratamiento de pacientes cardiovasculares programado: SI o No.	Información entregada por encargada de PSCV del CESFAM.		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	Control de DM	Incrementar la proporción de personas con Diabetes Mellitus controlada <i>Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus</i> <i>Objetivo de Impacto: Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares</i>	24) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico DM2, según Meta Sanitaria 2019. Meta 2016: 28% Meta 2017: 29,6 % Meta Sanitaria 2018: 29% IAAPS 2018: 33,7%	- Control grupal de pacientes DM de cada sector. - Intervención terapéutica de QF a pacientes descompensados - Control de pacientes según flujograma PSCV local. - Auditoría de ficha clínica de pacientes con DM para evaluar registros en "Formulario Cardiovascular". - Participación de equipos de sector en Consultoría del PSCV del SSMO. - Conformar equipo de PSCV institucional - Incorporar a control con psicólogo a pacientes insulinizados (ingreso). Evaluar si atención directa o taller grupal.	Nº de usuarios diabéticos de 15 y más años con HbA1c<7 / Nº de usuarios diabéticos de 15 y más años estimados según prevalencia x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección B Denominador: Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para DM2: Prevalencia Nacional 15-64 años=10% 65 y más años=25%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada de PSCV

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente - Adulto)	Control de DM	Incrementar la proporción de personas con Diabetes Mellitus controlada <i>Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	25) Aumentar a un 84% el porcentaje de pacientes diabéticos bajo control en el PSCV que cuentan con al menos 1 examen de HbA1c dentro del año. 2015: 64% 2016: 80%	- Control en PSCV - Solicitud de exámenes en Diabéticos. - Mejorar registros en UAPO, solicitando a encargados. - Mejorar registro en ficha clínica, reforzando en el equipo de salud el registro adecuado.	Nº de pacientes diabéticos con examen de HbA1c dentro del año / Nº total de pacientes diabéticos bajo control x100	Numerador: Listado de pacientes que se les realiza examen de HbA1c proporcionado por Toma de Muestra y por Unidad de Tratamiento (para examen capilar) Denominador: Informe estadístico P04		*** Problema de salud priorizado Nº 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV
			26) Alcanzar estándar de insulinización en pacientes diabéticos bajo control *Estándar es alrededor del 20% de los diabéticos 2015: 19,05% 2016: 18%	Control en PSCV	Nº pacientes diabéticos en tratamiento con insulina / Nº de pacientes diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección C Denominador: Informe estadístico P04, sección A		*** Problema de salud priorizado Nº 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
			27) Aumentar a un 50% el porcentaje de personas de 15 y más años diabéticas con HbA1c <7%, PA <140/90mmHg y Colesterol LDL <100 mg/dL. 2015 = 7,2% 2016 = 17.3%	- Control en PSCV - Participación en consultorías del PSCV por parte de los equipos de sector - Reforzar registro adecuado en ficha clínica	Nº de diabéticos de 15 y más años con HbA1c <7, PA=<130/80 y LDL <100 / Nº de usuarios diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico P04, sección B Denominador: Informe estadístico P04, sección A		*** Problema de salud priorizado Nº 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
			28) Mantener bajo control dental al 50% de pacientes inscritos y diagnosticados con DM 2015 = 41% 2016 = 22.9% 2017 =	- Derivación oportuna por equipo de salud - Gestión de agenda - Participación de odontólogos en taller de diabéticos - Educación por parte de enfermeras, nutricionistas y médicos - Reforzar registro en ficha clínica	(Nº de pacientes DM bajo control dental / Nº de pacientes diagnosticados con DM) x100	Informe estadístico de Rayén (actividades en dental) / REM P 04 sección A		*** Problema de salud priorizado Nº 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
	Complicación de DM	Reducir las complicaciones en personas con diabetes <i>*Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus	29) Aumentar porcentaje de pacientes diabéticos de 15 y más años con úlceras activas que reciban manejo avanzado de heridas (con profesional enfermera) 2016 = 58%	- Curación avanzada realizada exclusivamente por profesional enfermera. - Corregir procedimiento de registro en ficha clínica de Unidad de Tratamiento	(Nº de pacientes diabéticos en curación avanzada de heridas con enfermera / Nº total de pacientes diabéticos en curación avanzada) x100	Numerador: Informe estadístico de Rayén (buscar atenciones de la enfermera de la unidad) Denominador: Estadística de Unidad de Tratamiento.	Numerador: Buscar por diagnóstico.		Encargada PSCV

	Enfermedad Renal Crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo. <i>Objetivo de Impacto:</i> Reducir la progresión de enfermedad renal crónica <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	30) Aumentar porcentaje de personas bajo control en PSCV que han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica con aplicación de Pauta de detección 2015 = 19,4% 2016 = 17.4%	- Realizar tamizaje de la ERC en las personas bajo control en PSCV al menos una vez al año. - Reforzar registros en ficha clínica - Auditoria de ficha	Nº de pacientes de 15 y más años bajo control en PSCV clasificados según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de pacientes de 15 y más años bajo control en el PSCV x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección A Denominador: Informe estadístico P04 sección A		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV
	IAM y ACV	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de IAM y ACV <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	31) Al menos el 50% de los usuarios dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento. Ingreso IAM 2015: 16 ptes Ingreso IAM 2016: 2 ptes.	- Encargada de PSCV debe informar a Coordinadores de sector cada vez que llegue informe de paciente IAM nuevo. - Coordinadores de sector ó SOME deben gestionar atención médica del paciente dentro de los 7 días hábiles de informados al CESFAM (por las distintas vías: correo electrónico del SSMO, Farmacia, etc.) - Encargada de PSCV debe auditar ficha de pacientes ingresados por IAM para evaluar cumplimiento. - Control médico de pacientes nuevos con IAM. - Coordinación con nivel secundario para informar egreso hospitalario a tiempo - Socializar y difundir protocolo de atención de pacientes post-alta por IAM (actividad del MAIS) - Crear actividad en Rayen "continuidad del cuidado" para ser utilizado por coordinadores de sector ó a quien delegue.	(Nº de pacientes egresados del hospital con diagnóstico de IAM controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles de informados al CESFAM / Nº total pacientes egresados del hospital con diagnóstico de IAM informados al CESFAM) x100	Numerador: Registro en ficha clínica de cada paciente. Denominador: Informes recibidos por Encargada de PSCV desde el SSMO.		La información de egresos no llega dentro de plazo para asegurar control dentro de 7 días post alta. SSMO se encuentra regularizando la información de egresos hospitalarios a APS.	Encargada PSCV

			32) Mejorar la continuidad de la atención de los pacientes con ACV post alta hospitalaria.	- Coordinación con nivel secundario para informar egreso hospitalario a tiempo. - Elaborar protocolo de atención de pacientes post-alta por ACV, que estandarice las atenciones que estos pacientes recibirán en la institución (actividad pendiente del MAIS)	Protocolo elaborado: SI, NO	Información entregada por Encargada de PSCV.			
Ciclo Vital: Adulto	Trastornos Mentales	Brindar atención integral y oportuna a personas de 15 y más años con trastornos mentales. <i>Objetivo Impacto:</i> disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental Prevalencia Nacional de T. de Salud Mental: 22%	33) Proporcionar tratamiento integral a personas de 15 años y más que presenten trastornos de salud mental. (según IAAPS 2019)	- Atención integral. - Resolución de casos en Consultoría - Fortalecer derivación a intervención psicosocial grupal - Ampliar ofertas de intervención psicosocial GRUPAL - Incorporación de formulario de salud mental, asociado a todas las atenciones de este programa.	(N° de personas de 15 años y más con trastorno de salud mental bajo control / N° de personas esperadas según prevalencia) x100	REM 05		*** Problema de salud priorizado N° 3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Salud Mental
Ciclo Vital: Adulto	SS y R y Climaterio	<i>Objetivo Impacto: Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio</i>	34) Mantener cobertura y control integral del 44% de control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.	- Control ginecológico preventivo. - Referencia a Unidad de la Mujer - Aplicar escala MRS - Indicación de terapia de reemplazo hormonal según pauta MRS	(N° de mujeres entre 45-64 años bajo control / N° de mujeres de 45 a 64 años inscrita) x100	REM P1 sección F			E. P. Mujer
	Control de embarazo	<i>Detección precoz de factores de riesgo en el embarazo para derivación oportuna</i>	35) Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo según IAAPS 2019	- Ingreso a control prenatal - Controles de embarazo	(Número de mujeres embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas / embarazadas ingresadas a control) x100	REM A 05			
	ITS	Disminuir la transmisión vertical de sífilis	36) Mantener cobertura de 90 % en la toma de examen VDRL o RPR, en mujeres que ingresan a control prenatal	- Control pre-natal. - Consejería en ITS - Mantener registro y monitoreo	(N° total de VDRL o RPR de gestantes procesados en primer trimestre del embarazo / N° de ingresos a control prenatal) x100	REM 05 (para registro local por estar en plan de salud comunal)			
		Disminuir la transmisión vertical de VIH	37) Mantener cobertura de 90 % en la toma de examen VIH, en mujeres que ingresan a control prenatal	- Control pre- natal - Consejería en VIH SIDA - Repetir segunda muestra de rutina en 8° mes - Mantener registro y monitoreo	(N° embarazadas con examen VIH en primer trimestre del embarazo / N° ingresos al control perinatal) x100	REM 05 (para registro local por estar en plan de salud comunal)		*** Problema de salud priorizado N° 4 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	

Ciclo Vital: Adulto		Aumentar la detección precoz de hombres de 20 y más años con VDRL positivo. <i>Objetivo Impacto:</i> Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	38) Aumentar en 1 punto porcentual respecto del 2018, la toma de VDRL (realizados) en hombres de 20 años y más. 2015: 0,73% 2016: 0.53% 2017: 1.72%	- Realizar VDRL a hombres de 20 y más años solicitados en EMPA y controles de salud. - Socializar en el equipo de salud la necesidad de tomar VDRL para la pesquisa precoz de sífilis - Coordinar con Unidad de Toma de Muestras, la toma de muestra para VDRL. - Criterio de extra según disponibilidad	(N° de VDRL realizados a hombres de 20 y más años / Hombres de 20 y más años inscritos validados) x100	REM B18 A Población de hombres de 20 y más años inscritos validados.		*** Problema de salud priorizado N° 4 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Adulto
	TBC Pulmonar	Eliminar la TBC como problema de salud pública <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	39) Atención integral al 100% de los pacientes con TBC pulmonar.	- Coordinar la atención e ingreso a Programa de los pacientes con BK de expectoración (+) - Coordinar el control mensual de pacientes con TBC Pulmonar por médico y enfermera del Programa - Asegurar Stock suficiente de fármacos para pacientes, registro en Rayén de recetas - Implementar plan de acción para los estudios de contacto y según el score de riesgo - Atención por asistente social a pacientes con riesgo de abandono. Rescate de inasistentes. - Difundir manual interno	N° de pacientes con TBC pulmonar en tto en CESFAM con estudio de contactos completo / N° de pacientes con TBC pulmonar en tratamiento en CESFAM x100 N° de pacientes con controles al día / Total de pacientes bajo control por TBC				E. Programa TBC
	Salud Bucal	Mantener salud bucal en pacientes de 60 años <i>Objetivo de Impacto:</i> Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años	40) Lograr altas odontológicas en pacientes de 60 años según meta establecida	- Difusión comunitaria - Gestión de agenda - Derivación oportuna por equipo de salud - Citar pacientes de 59 años a control - Rescate de pacientes inasistentes - Confirmación de horas - Registro en SIGES	N° de pacientes de 60 años con altas Odontológicas / Meta establecida	REM 09 / Convenio			E. Programa Salud Dental
	Salud Bucal	Satisfacer demanda espontánea de morbilidad odontológica	41) Atender consultas de morbilidad en pacientes mayores de 20 años según meta establecida	- Gestión de agenda. - Educación para acceso a atención odontológica - Gestión de lista de espera	N° de atenciones odontológicas de morbilidad / Meta establecida según convenio	REM 09 / Convenio			

		Mejorar y mantener la salud bucal en mujeres embarazadas ingresadas a CPN <i>Objetivo Impacto: Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos</i>	42) Lograr el alta odontológica del 70% de mujeres embarazadas ingresadas a CPN	• Coordinación con Unidad de la Mujer para derivación oportuna • Educación por parte de matrón respecto a la importancia de la atención odontológica durante el embarazo • Participación activa de odontólogos en talleres del CCC • Registro en SIGES • Rescate de pacientes	Nº de embarazadas con alta odontológica / Nº total de embarazadas ingresadas a control prenatal	REM 09 / REM 01			E: Programa Salud Dental
		Mejorar acceso a tratamiento odontológico a la comunidad	43) Lograr altas odontológicas a mujeres del programa "Más sonrisas para Chile" según meta establecida	• Participación en comisión mixta para coordinación para pacientes Junji y Sernam • Gestión de lista de espera dental	Nº de pacientes mujeres programa Más sonrisas/ meta establecida según convenio	REM 09 / Convenio odontológica		El 70% de las usuarias de ese programa deben tener requerimiento de prótesis.	
	Enfermedad Respiratoria Crónica del Adulto	Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios <i>Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</i>	44) Aumentar la cobertura de asma y EPOC según IAAPS 2019.	• Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología crónica respiratoria • Realizar espirometrías a usuarios fumadores mayores de 40 años • Gestión de agenda, cruce de la información con Rayén, Ges y bajo control de la sala	(Nº de personas con diagnóstico de asma + Nº de personas con diagnóstico de EPOC / Nº de personas esperadas según prevalencia de asma y EPOC) x100	REM P3 sección A	Problema de salud transversal con ciclo vital de infantil y AM.	*** Problema de salud priorizado Nº 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada Unidad Respiratorio
			45) Entregar atención integral a usuarios de 15 años y más bajo control del Programa ERA	• Aplicar formularios RAYEN. • Reforzar en equipo el uso correcto de formulario.	(Nº de pacientes de 15 y más años de programa ERA evaluados con formulario Rayen / Nº total de pacientes de 15 y más años de sala ERA bajo control) x100	Planilla de formularios de Rayen.			
			46) Incrementar en un 20% la proporción de pacientes crónicos respiratorios que logran control adecuado, de 15 años y más Bajo control en el programa ERA	• Cumplir flujograma de tratamiento de pacientes con EPOC y ASMA • Registro de formularios Rayén	Tasa de de pacientes compensados del año vigente – tasa de pacientes compensados del año anterior	REM P3 sección D	(El porcentaje de incremento se obtiene desde la matriz de programación)	*** Problema de salud priorizado Nº 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	

		Mejorar la calidad de la atención en la población crónica respiratoria <i>Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	47) Incrementar un 25% los pacientes EPOC que cuenten con programa de rehabilitación pulmonar finalizado.	- Realizar el programa de rehabilitación pulmonar en los pacientes con EPOC - Aumentar las derivaciones de médicos a rehabilitación - Mejorar coordinación de obtención de exámenes para facilitar el flujo de ingreso al programa de rehabilitación.	(N° pacientes de pacientes en Programa de Rehabilitación Pulmonar 2019 – N° pacientes de Programa de Rehabilitación Pulmonar 2018) / N° pacientes en Programa de Rehabilitación Pulmonar 2018 x100	REMP3 sección C y sección A	No es útil ni conveniente determinar prevalencia, ya que determinar el N° de pacientes que cumplen con características para ingresar a rehabilitación es complejo. Por este motivo se observa el incremento.	*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
Ciclo Vital: Adulto	Enfermedad Crónica del Adulto	Fomentar la disminución y cesación del consumo de Tabaco <i>Objetivo Impacto:</i> Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	48) 90% de espirometrías por tabaco activo cuentan con educación antitabaco.	- Reforzar registro RAYEN - Realizar y registrar consejería breve antitabaco a todo usuario que hace test de espirometría por tabaquismo. - Aumentar derivación a espirometría a pacientes tabáquicos, por equipo de salud	(N° de consejerías antitabaco realizadas por kinesiólogas en examen de espirometría / N° de espirometrías realizadas por tabaquismo o problemas relacionados con tabaquismo) x100	REM 23 sección M, M.1	Se disminuye el umbral, dado que hay factores para aplicar la consejería que no dependen del profesional ni de la institución, por ejemplo, que el paciente rechace consejería.		E: Unidad Respiratorio
			49) Mantener intervención antitabaco, para promover la cesación de pacientes en fase contemplativa.	- Taller antitabaco - Incorporar seguimiento telefónico según lineamientos del taller (TENS). - Evaluar estrategias para ligar taller con otras prestaciones (por ejemplo, control CV).	Se mantiene taller antitabaco (si/no)	Registro en Rayen REM 23			
		Contribuir a la disminución de la morbilidad de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales <i>Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	50) Identificar y realizar visitas domiciliarias al 90% de Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxigenoterapia ambulatoria y VMNI)	Visita domiciliaria a pacientes enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxígeno terapia ambulatoria y VMNI)	(N° de pacientes visitados al grupo a objetivo / N° total de usuarios con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxígeno terapia ambulatoria y VMNI)) x100	Registro del programa REM 23 sección N (detallado)		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	

	VIF	Brindar atención integral y oportuna a mujeres que viven violencia intrafamiliar (VIF) <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida	51) Aumentar la detección de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar respecto al período anterior 2015 = 23 2016= 21	• Detección activa (se realiza pregunta directa) • Refuerzo al equipo en la pesquisa. • Tratamiento integral • VDI priorizada • Estudio de casos priorizados • Trabajo en Red • Capacitación a equipo de salud en reunión técnica	N° de mujeres atendidas por VIF – N° de mujeres atendidas por VIF (año anterior) / N° de mujeres atendidas por VIF el período anterior	REM 05 REM 04			E. Salud Mental
--	-----	--	---	---	---	--------------------------	--	--	-----------------

*** Problema de salud priorizado para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal:

N° 1 correspondiente a Problemas de Salud Cardiovascular y Cáncer (igualdad de puntajes)

N° 4 correspondiente a ITS (contenido en la planificación) y Adherencia a tratamiento, no contenido en la presente planificación

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y/O CUIDADORES

	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adulto Mayor	PROMOCION	Fomentar la participación social, integración y envejecimiento activo de los adultos mayores.	• Capacitación de líderes comunitarios de organizaciones sociales de y para los adultos mayores. • Elaborar plan de sensibilización y educación al equipo de salud sobre estrategias para la integración social del adulto mayor • Incorporar catastro de actividades e instancias de encuentro para el adulto mayor • Coordinación de grupo de voluntariado de adultos mayores- SENAME.	*N° de organizaciones sociales con líderes capacitados/total de organizaciones sociales de y para adultos mayores identificadas. * Plan elaborado *Existencia de grupo de adultos mayores voluntarios en SENAME (si/no)	Registro interno del Programa			Encargada Participación
		Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable <i>Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.</i>	• Caminatas en espacios comunitarios (al menos una) • Taller de cocina (al menos uno) • Grupo folklórico • Taller de Pintura en el contexto del Programa Más AM Autovalentes (al menos uno) • Actividad conjunta adultos mayores y niños en el contexto del Programa Más AM autovalentes	Realizado SI/NO Realizado SI/NO Realizado SI/NO Realizado SI/NO	REM A19, Sección B1 REM A19, Sección B1 Registro interno del Programa Registro interno del Programa Registro interno del Programa	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable <i>Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.</i>		
		Promover factores psicosociales protectores de la salud mental <i>Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud mental</i>	• Taller de AM en Plenitud	Realizado SI/NO	Registro interno del Programa			

PREVENCIÓN	Determinar la funcionalidad de los AM inscritos en el CESFAM <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	4) Realizar EMPAM al XX% de los adultos mayores inscritos validados. (de acuerdo con IAAPS 2019) *Meta según IAAPS 2019	- Realizar EMPAM (EFAM o índice de Barthel) - Rescate de AM inasistentes (derivación de AM atendidos por otros profesionales) - Realiza EFAM a AM que participan en Programa Más Adultos Mayores Autovalentes - E.U asestoriada exclusivo para realizar EMPAM (OIRS confirmará horas)	N° de Adultos de 65 y más años con EMPAM vigente / N° de AM inscritos x100 N° de AM autovalentes sin riesgo / N° Adultos Mayores con EMPAM vigente x100 N° de AM autovalentes c/ riesgo / N° AM con EMPAM vigente x100 N° de AM con riesgo de dependencia / N° AM con EMPAM vigente x100 N° de AM dependientes / N° de AM con EMPAM vigente x100	REM P05 sección A REM P05 sección A REM P05 sección A REM P05 sección A REM P05 sección A			Encargada Programa Adulto Mayor
	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo detectado en el EMPAM. <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	5) Que el 21,5% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo tengan un control de seguimiento con EFAM antes de los 6 meses de realizado el EMPAM	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo antes de los 6 meses de realizado el EMPAM.	N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo con control de seguimiento con EFAM realizado antes de los 6 meses de realizado el EMPAM / N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo con EMPAM vigente x 100	REM A01, Sección C 46			
	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más con riesgo de dependencia detectado en el EMPAM. <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	6) Que el 6,4% de las personas de 65 años y más con riesgo de dependencia tengan un control de seguimiento con EFAM antes de los 6 meses de realizado el EMPAM	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más con riesgo de dependencia antes de los 6 meses de realizado el EMPAM.	N° de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM realizado antes de los 6 meses de realizado el EMPAM / N° de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia con EMPAM vigente x 100	REM A01, Sección C48			
	Prevenir el consumo perjudicial y con dependencia de benzodicepinas. <i>Objetivo Impacto: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas</i>	7) Disminuir el número de *benzodicepinas dispensadas Año 2015: 213.283 Año 2016: 95.228 (Julio) Año 2017:	- Conocer situación actual de consumo de BZD - Elaborar plan de intervención (taller con QF) - Socializar al equipo de salud	N° de comprimidos de *benzodiazepinas dispensadas el año 2018	Registro interno (libro de medicamentos controlados)		*** Problema de salud priorizado N° 7 para	Químico de Farmacia

		con enfermedad mental. <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	8) Disminuir el número de usuarios que durante el período utilizan benzodiazepinas	- Educación continua al paciente - Reforzar en equipo de salud.	N° de usuarios que utilizan BZD en el año	Listado Rayén		este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
	Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adulto Mayor	Pérdida de funcionalidad del AM	Mantener y/o mejorar la condición funcional de los adultos mayores (autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia) y adultos entre 60 y 64 años ingresado al programa <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	9) Ingresar al 60% de los AM autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia según EMPAM vigente al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	- Ingreso a Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a adultos mayores con condición de autovalentes sin riesgo, con riesgo y en riesgo de dependencia - Ingreso al Programa Mas Adultos mayores autovalente a los adultos entre 60 y 64 años con EMPA o control en PSCV vigente. - Información periódica del funcionamiento del Programa a los equipos de salud - Realizar evaluación funcional, time up and go y evaluación nutricional, por Klg. - Uso de formulario en Rayen (nuevo)	(N° de personas de 65 y más años ingresadas al programa con condición de autovalente, autovalente con riesgo o en riesgo de dependencia + N° de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente / AM autovalentes sin riesgo + autovalentes con riesgo + riesgo de dependencia) x100	REM A05. Sección K REM P5 Registro Interno programa		*** Problema de salud priorizado N° 4 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Más
			10) Que el 60% de los adultos mayores y adultos entre 60 y 64 años egresados del Programa, mantengan o mejoren su condición de funcionalidad.	Aplicación al ingreso y al egreso del programa del Cuestionario de Funcionalidad (HAQ-8 modificado para el Programa).	(N° de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional/N° de adultos mayores ingresados al Programa) x100	Registro de Programa REM A 03 Sección D.4		*Porcentaje acordado es según convenio del programa.	

	Caídas	Mantener o disminuir el riesgo de caídas de los adultos mayores autovalente sin riesgo, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia ingresados al Programa. <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	11) Mantener o disminuir el riesgo de caídas de los adultos mayores ingresados al Programa.	- Registro resultados Time up and Go en EMPAM previo ingreso al Programa. - Identificar el riesgo de caídas en los usuarios ingresados al programa Más Adultos Mayores Autovalentes - Identificar el riesgo de caídas en los usuarios egresados del Programa - Realizar evaluaciones de riesgo de caídas (Time Up and go) al término del Programa Más Adultos mayores autovalentes - Comparar resultados en prueba Time Up and Go al inicio y al egreso del taller	N° de AM que mejora o mantiene resultado de Time up and go / N° de AM ingresados al Programa.	REM P5 REM A03 sección D.4 Registro interno de programa		*** Problema de salud priorizado N° 4 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
Ciclo Vital: Adulto Mayor	NAC	Mejorar la calidad de la salud respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio <i>Objetivo Impacto: Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Infecciones respiratorias Agudas</i>	12) 90% de AM de 65 años y más atendidos antes de las 24 hrs luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	- Atención kinésica dentro de las 24 hrs según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años - Fortalecer flujos de registro en coordinaciones; establecer sistema de identificación de paciente GES - Seguimiento de casos GES	N° de AM de 65 años y más atendidos en sala ERA dentro de 24 hrs. / N° de AM de 65 años y más derivados a Sala ERA	Rayén		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. Respiratorio
Ciclo Vital: Adulto Mayor (+Adulto +Infantil)	Pacientes Postrados o Terminales	Prestar atención integral sectorizada al 90% de los pacientes postrados severos y/o pacientes con Cáncer terminal residentes en el área geográfica del CESFAM e inscritos en este	13) Entregar atención integral sectorizada al 90% de los pacientes postrados severos según índice de Barthel y/o pacientes con cáncer terminal residentes en el área geográfica del CESFAM e inscritos en este	- Reuniones mensuales con el Equipo de Postrados - VDI - Visitas a hogares de larga estadía - Actualización mensual del catastro sectorizado - Ingresar a cuidadores a los talleres - incorporar recurso psicólogo para atención priorizada en domicilio - Mejorar coordinación en red - Mejorar calidad en las prestaciones otorgadas al paciente postrado (procedimientos estandarizados). - Mantener el monitoreo telefónico. - Realizar EMPA en domicilio a cuidadores principales (o derivación a controles PSCV, EMPAM en CESFAM)	(Número de postrados severos con al menos una atención integral/ Número de postrados severos bajo control) x100	Planilla de registro interno REM 26 sección A	Se considera Visita domiciliaria integral, una visita intencionada según plan de cuidados al paciente, incluyendo tratamientos, procedimientos e inmunizaciones, ya que son parte del plan de acción al paciente.		E. P. Postrados

		Brindar apoyo biosicosocial a los cuidadores de pacientes postrados y/o cáncer terminal	14) Realizar evaluación de riesgo psicosocial al menos al 15% del total de cuidadores de postrados	- Determinar el Riesgo psicosocial de los cuidadores de postrados - VDI	(N° de cuidadores evaluados / N° total de cuidadores de postrados) x100	Planilla de registro interno		*** Problema de salud priorizado N° 8 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
			15) Aplicar pauta ZARIT al XX% (según IAAPS 2019) de los cuidadores de pacientes con dependencia severa.	Aplicar escala Zarit a todos cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa (incluyendo ELEAM).	N° de cuidadores con pauta ZARIT aplicada / N° total de cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa x100	REM A03			
			16) Realizar EMPA o control CV al 75% de los cuidadores de pacientes con dependencia severa.	- VDI - Derivación de cuidadores según corresponda (EMPA o control CV) - Coordinación con SOME	N° de cuidadores con EMPA o control CV vigente / N° total de cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa x100	Planilla de registro interno de enfermeras			
		Educación a los cuidadores de los pacientes postrados y pacientes terminales <i>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</i>	17) Aplicar el sistema de registro de capacitaciones al X% de los cuidadores de pacientes postrados (según IAAPS 2019)	- Realizar capacitaciones a los cuidadores de los pacientes postrados y/o pacientes con cáncer terminal - Registrar educaciones en el acta correspondientes - Difusión de guía anticipatoria "Plan cuidados para el Cuidador" - Implementar taller en la Comunidad - Educación en salud oral para paciente postrado por parte de equipo dental. - Incluir a cuidadores de ELEAM.	Número de cuidadores de postrados con registro de capacitación/ Número total de cuidadores de pacientes postrados	Planilla de registro interno de enfermeras			

*** Problema de salud priorizado para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal:

N° 1 correspondiente a Problemas de Salud Cardiovascular (desarrollado en tabla de ciclo vital adulto + adulto mayor)

N° 2 correspondiente a NAC y enfermedad respiratoria crónica + Ca mama, próstata, colon, entre otros (contenidos en ciclo vital adulto + adulto mayor)

N° 5 correspondiente a abandono / aislamiento social, no contenido en la presente programación

N° 6 correspondiente a trastornos del ánimo, no contenido en la presente programación

N° 8 correspondiente a poli consulta del AM, no contenido en la presente programación

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES // DESARROLLO DEL MODELO

	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
PROMOCION	Mantener estándares de atención, medidos a través de encuestas de satisfacción usuaria (interna y externa) que impacten positivamente en la atención usuaria	1) Promover el buen trato en la relación usuario interno-externo.	- Reforzar el protocolo atención unificado. - Afiches en salas de espera y oficinas por derechos de los pacientes. - Encuesta de respeto de los derechos del paciente. - Capacitación funcionaria en ley 20584 - Informar que somos un centro docente asistencial a través de letrado central.	Resultado de encuesta de respeto de los derechos del paciente	Informe de aplicación de encuesta respeto de los derechos del paciente, elaborado por Encargada OIRS			E. OIRS

	PREVENCIÓN	Actualizar factores de riesgo y protectores para la clasificación de las familias inscritas.	2) Evaluar y clasificar el riesgo de familias según instrumento local.	• Socializar protocolo de evaluación y clasificación de las familias. • Mejorar registros en ficha clínica • Mejorar registros y uso de Rayen para determinar familias en ficha clínica. • Vincular este dato con REM P7	(N° de familias evaluadas y clasificadas según instrumento local/ N° total de familias) x100	REM P7			CTA
	PARTICIPACIÓN	Incorporar la Participación Comunitaria a la planificación en salud	3) Mantener el diagnostico participativo previo a la programación institucional	• Realizar diagnostico participativo en primer semestre 2018 (comisión mixta, consejo de desarrollo, programa MAS) • Incluir más grupos etáreos en la muestra del diagnóstico.	Diagnostico participativo elaborado dentro del primer semestre. Si No	Informe del diagnóstico participativo			E Particip.
	EQUIPO GESTOR	Continuar el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	4) Aumentar o mantener cumplimiento de la evaluación y certificación MAIS	• Actualizar responsables de cada componente/eje para la evaluación del modelo de salud familiar de la institución. • Mantener trabajo de CTA como equipo gestor. • Aplicar instrumento oficial para la evaluación.	Resultado de la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.	Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.			Director

SALUD LABORAL

	Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del indicador	Resultados / Mejora	Observaciones	R
Salud Laboral	Riesgos Laborales	Disminuir la incapacidad laboral por enfermedades profesionales (objetivo de la década)	1) Monitorear el nivel de exposición a radiaciones ionizantes al 100% del personal que realiza procedimientos radiológicos	• Dar cumplimiento al programa de control de riesgos a exposición a radiación ionizante • Control médico anual de los funcionarios expuestos • Control de dosímetros por ISP según programa	N° de funcionarios con informe de dosimetría vigente / N° de funcionarios expuestos en el mismo período N de funcionarios con control médico anual / N de funcionarios expuestos durante un año	Planilla de control dosimétrico del ISP Carpeta sala RX		Encuesta aplicada durante 2018 arroja resultados de riesgo psicosocial y musculoesquelético bajo, dando como resultado que la institución presenta riesgos biológicos y radiológicos.	Encargada Salud Laboral
		Fomentar el autocuidado en los funcionarios del CESFAM	2) Mantener o aumentar la oferta de actividades de autocuidado	• Definir nuevas actividades de Autocuidado • Reflexionar con el equipo sobre el autocuidado	N de actividades implementadas N de participantes				
	Accidentes	Mantener o disminuir el número de accidentes laborales respecto al año anterior Año 2017:	3) Implementar acciones para disminuir el número de accidentes	• Fomentar la denuncia de incidentes • Investigación del accidente • Control de la medida correctiva (evaluar su implementación) • Difusión a todo el equipo de los accidentes ocurridos por parte del CPHS	N° de accidentes de trabajo 2018 – N° de accidentes obtenidos el 2017	Informe de accidentes semestrales, comité paritario			
	Inmunizaciones	Cumplir con inmunización de Hepatitis B para funcionarios expuesto a fluidos corporales de riesgo	4) Lograr cobertura del 100% de los trabajadores expuestos con su inmunización vigente	• Elaborar nómina de funcionarios expuestos inmunizados • Generar exigencia de la constancia de vacunación al ingreso al CESFAM • Vacunar a los funcionarios que No firmen el consentimiento de Hepatitis B • Solicitud examen del antígeno para funcionarios que no tengan respaldo de la vacunación, levantar registro de necesidad de esta estrategia. • Evaluar cumplimiento en personal externo.	N° de funcionarios expuestos a fluidos corporales de riesgo inmunizados / N° total de funcionarios expuestos x100	Nómina de funcionarios expuestos inmunizados			
		Mejorar la cobertura de inmunización anti influenza 2017 ¿ para funcionarios 2017: 78%	5) Aumentar a una cobertura al 85% de funcionarios inmunizados contra la influenza 2018	• Vacunación en reloj control al momento de ingreso. • Vacunación en turnos de SAPU • Vacunación en reuniones de sector.	N° de funcionarios vacunados/ (N° total de funcionarios – N° funcionarios rechazan vacuna) x100	Nómina de funcionarios inmunizados - Vacunatorio			

PRIORIZACIÓN PROBLEMAS DE SALUD, MIRADA COMUNAL

Ciclo Vital: Infantil		Ciclo Vital: Adulto		Transversal	
1	IRA	1	PSCV	1	Acceso a la atención (horarios de funcionamiento)
2	Inmunizaciones (baja cobertura)	1*	Cáncer (mama / pulmón / próstata)	2	Violencia y Maltrato
3	Salud Mental: maltrato / alteración del vínculo / trastorno emocional y de conducta	2	Patología crónica respiratoria	2*	Accidentes
4	NANEAS	3	Trastorno del ánimo	2*	Autocuidado equipos / Salud Laboral
5	Desarrollo psicomotor / trastorno desarrollo	4	VIH / ITS	3	Salud Oral
6	Lactancia Materna	4*	Adherencia a tratamiento	4	Sedentarismo / Malnutrición
Ciclo Vital: Adolescente		Ciclo Vital: Adulto Mayor		5	Autocuidado (empoderamiento, adherencia, coberturas)
1	Consumo de OH / drogas	1	PSCV	6	Interculturalidad (etnias e inmigrantes)
2	Baja cobertura control	2	Cáncer (mama / pulmón / próstata)	6*	Participación Social
3	Autocuidado en salud sexual / embarazo adolescente / ITS	2*	NAC / Patología crónica respiratoria	6*	Atención de Urgencia: continuidad, oportunidad, integralidad
3*	Salud Mental: Afectividad / trastorno del ánimo y del comportamiento	3	Deterioro Cognitivo		
3*	Salud Mental : 1° brote EQZ / suicidalidad	4	Trastorno de Funcionalidad / Discapacidad Motora / Postración		
3*	Prevención PSCV	5	Abandono / Aislamiento Social		
4	Deserción Escolar	6	Trastorno del ánimo		
		7	Polifarmacia / Uso de BDZ		
		8	Cuidados Inadecuados (institucionalización / cuidador)		
		9	Policonsulta		

* Si se repite el número de priorización, quiere decir que los puntajes de esos problemas de salud fueron iguales.

XII. PLAN DE SALUD COSAM 2019.

PROGRAMA INFANTO JUVENIL			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
1.- Atención integral y coordinada al interior de la red, del 100% de los casos referidos a COSAM	* Coordinación intrasectorial con los equipos de Salud de CESFAM R Renard y S Bustos * Sensibilizar a nivel local en relación a los diagnósticos tratados en COSAM * Difundir en Organizaciones Comunitarias locales, sobre las prestaciones del Programa Infanto Juvenil. * Intervención sociocomunitaria a los pacientes ingresados a COSAM.	* Reuniones técnicas con equipo de Salud CESFAM R Renard y S Bustos * Reuniones con Organizaciones Comunitarias * Activar y utilizar redes comunitarias * Consulta psiquiátrica * Consulta psicológica * Psicodiagnóstico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal * Consulta de Salud Mental por otro profesional. (AS y TO.)	* <u>Nº reuniones realizadas</u> Nº reuniones programadas * <u>Nº de casos atendidos</u> * N° de casos derivados de APS * N° consultas SM por otro profesional
2.- Atención oportuna al 100% de los casos referidos a COSAM	Primera evaluación de dupla psiquiátrica-psicólogo para confirmar o descartar criterios de ingreso y elaborar hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento.	* Consulta psiquiátrica * Consulta psicológica * Psicodiagnóstico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal	* <u>Nº de casos atendidos por Psiquiatra</u> Nº de casos derivados de APS

PROGRAMA DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
3.- Atender al 100 % de las mujeres y hombres entre 14 y 18 años de edad que presenten diagnóstico de dependencia a drogas y alcohol de acuerdo a Protocolo. (Plan Ambulatorio Intensivo)	* Existencia de Protocolos de atención y de Referencia y contrarreferencia. * Mantener la oferta de prestaciones individuales y grupales para cada usuario del programa.	* Monitorear cumplimiento de normas de referencia y contrarreferencia. * Realizar Intervenciones según protocolo: -Intervención psicosocial de grupo -Psicoeducación -Psicoterapia Individual -Psicodiagnóstico, según corresponda. -Consulta de SM -Visita Domiciliaria, según corresponda.	* N° adolescentes atendidos según <u>protocolo y metas establecidas</u> - N° adolescentes ingresados Cosam (Plan Ambulatorio Intensivo). * N° de adolescentes ingresados al Cosam y egresados con logros (mínimos, medios, altos) a nivel individual, familiar y de integración socio ocupacional.
4.- Fortalecer al programa de adicciones	* Coordinación intersectorial con equipos de Cesfam S Bustos y R Renard. * Sensibilizar a las organizaciones a nivel local a través de la entrega de herramientas que permita entender el fenómeno del alcoholismo y drogadicción.	* Participar en reuniones técnicas con equipos de salud mental de los CESFAM R Renard y S Bustos * Programar reuniones con organizaciones comunitarias	* N° Reuniones realizadas con Equipo de Salud Mental Cesfam <u>R Renard y S Bustos</u> - N° Reuniones Programadas * <u>N° Reuniones Org Sociales realizadas</u> - N° Reuniones Programadas
5.- Otorgar tratamiento integral a las mujeres y hombres sancionados con la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil 20.084 y que presenten dependencia al alcohol y drogas y que vivan en las comunas de Ñuñoa, Macul,Providencia y Las Condes	* Mantener y fortalecer la oferta de prestaciones individuales, familiares y grupales para cada usuario del programa según lo establecido en el convenio.	* Monitorear semanalmente a través de las reuniones técnicas el cumplimiento de las prestaciones y su efectividad.	* N° de adolescentes ingresados a Cosam sancionados con la Ley 20.084 y egresados con logros (mínimos, medios, altos) a nivel individual, familiar <u>y de integración socio ocupacional</u> - N° de adolescentes ingresados a sancionados con la Ley 20.084 * N° de personas atendidas de acuerdo a protocolo y metas establecidas.
6.- Fortalecer el trabajo intersectorial con los organismos derivadores.	* Coordinación intersectorial con organismos derivadores.	* Mantener y fortalecer las reuniones mensuales con la red de infractores de ley zona oriente.	* N° Reuniones programadas con equipo <u>de Red adolescentes infractores de ley</u> - N° Reuniones realizadas

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
7.- Fortalecer el Programa de Tratamiento y Rehabilitación de adultos con patología psiquiátrica severa.	* Coordinación intrasectorial con los equipos de CESFAM - Rosita Renard y Salvador Bustos. * Potenciar el trabajo intersectorial con diferentes dispositivos de la red (OMIL, polideportivo, DIDECO, Depto de la mujer, Fundaciones, etc) para apoyar a los usuarios en el proceso de reinserción social y laboral. * Socializar protocolos de manejo de casos con equipo de salud, con definición de actividades y criterios de calidad (oportunidad, acceso y apoyo de equipo interdisciplinario) * Elaborar Plan individualizado de tratamiento para cada usuario * Mantener la oferta de prestaciones individuales y grupales necesarias para la ejecución del programa. * Fomentar la vinculación de los familiares con el Programa.	* Reunión técnica con los equipos de Salud Mental de CESFAM - R Renard y S Bustos en instancia de consultoría, para dar a conocer el programa. * Reuniones con Organizaciones de la comuna y otros dispositivos. * Reuniones semanales de equipo * Atención integral y multiprofesional a los usuarios, según Plan individual de manejo. * Talleres a usuarios * Intervención Psicosocial de grupo * Visita domiciliaria * Consulta Salud Mental con diferentes profesionales * Reuniones con Familiares * Rescate telefónico y en domicilio	* <u>Nº Reuniones Programadas</u> Nº Reuniones Realizadas * Nº de usuarios del Programa con atención protocolizada y con <u>criterio de calidad</u>. Total usuarios del Programa * <u>Nº Reuniones Programadas</u> Nº Reuniones Realizadas
8.- Otorgar atención al 100% de la demanda derivada al Programa de Rehabilitación Psicosocial	* Dar cumplimiento al Protocolo de manejo y Flujograma de atención. * Evaluar la adecuada distribución de las agendas profesionales	* Atención integral y multiprofesional a los usuarios, según Plan individual de manejo. * Talleres a usuarios * Intervención Psicosocial de grupo * Visita domiciliaria * Consulta Salud Mental * Referencia y Contrareferencia	* <u>Nº de usuarios atendidos</u> * Nº de usuarios referidos a COSAM al Programa de Rehabilitación psicosocial * Nº de usuarios derivados a otras instancias de la Red. * Nº usuarios en Lista de Espera.
9.- Apoyar al programa de detección, tratamiento y rehabilitación de pacientes con primer episodio de EQZ, mayores de 15 años.	* Atención clínica de los casos pesquisados según flujograma. * Intervención psicosocial (individual o grupal) del paciente y su familia.	* Evaluación integral y diagnóstico psiquiátrico. * Elaboración del Plan individualizado de tratamiento y prescripción farmacológica. * Psicoeducación individual y grupal al paciente y su familia. * Intervención Psicológica. * Intervención de Terapia Ocupacional. * Intervención Social. * Visita Domiciliaria	* Nº de pacientes con sospecha de EQZ 1er brote derivados desde CESFAM. * Nº de usuarios diagnosticados en COSAM (1er brote). * Nº de usuarios diagnosticados derivados desde otras instancias de la red.
10.- Mantener asesoría técnica y administrativa al Hogar Protegido de Ñuñoa, para usuarias con discapacidad psíquica.	* Trabajo intersectorial * Coordinación con SSMO para que las residentes accedan a la atención de salud en HDS. * Coordinación con la red Comunal para que las residentes accedan a Programas y beneficios del Municipio.	* Supervisión desempeño monitoras. * Supervisión desempeño de usuarias. * Supervisión del funcionamiento doméstico del hogar. * Administración del recurso económico. * Elaboración Planes Terapéuticos a las residentes (reinserción social, laboral, familiar). * Capacitación a monitoras. * Programación de actividades semanales de las usuarias. * Participación de las usuarias en Talleres dentro del Hogar Protegido, en en COSAM Ñuñoa, en Polideportivo de Ñuñoa y en Comunidad Terapéutica de Peñalolén. * Asambleas semanales con usuarias y monitora a cargo. * Coordinación con APS y HDS para apoyo y psicoeducación en aspectos de cuidados de salud (nutrición, manipulación de alimentos, autocuidado, atención de primeros auxilios, atención dental, control y manejo de fármacos). * Coordinación con establecimientos académicos de las usuarias. * Atención Psiquiátrica mensual en COSAM de Ñuñoa u HDS. * CSM individual a las usuarias, por Psicólogo, A Social y T Ocupacional en dependencias de COSAM de Ñuñoa. * Reunión trimestral con familiares de usuarias en dependencias de COSAM Ñuñoa. * Paseos recreativos con usuarias y equipo técnico a cargo del Hogar Protegido.	* Sesiones de capacitación a monitoras. * Reuniones de coordinación técnica a nivel local y del Área Oriente. * Nº de veces que la Red de Salud Comunal otorga beneficios a las residentes del Hogar Protegido. * Nº de usuarias que participan de actividades en la Red Comunal (Deportes y Recreación).

PROGRAMA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
11.-Intervenir al 100% de victimas de VIF referidos desde Juzgados, Cefsam u otras instituciones	* Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefsam u otras instituciones.	* Consulta Psiquiátrica * Farmacoterapia * Consulta Psicológica * Psicodiagnostico * Psicoterapia * Visita domiciliaria * Derivación externa (Hospital del Salvador) o interna (programa de Alcohol y Drogas) * Notificación epidemiológica al SSMO * Envío de certificados o informes a Tribunal y/o Fiscalía correspondiente * Reuniones con org. comunitarias sobre Programa VIF, acceso y actividades. * Reuniones con red local	* <u>N° casos atendidos en COSAM</u> N° casos derivados a COSAM * <u>N° casos alta</u> N° casos atendidos * <u>N° informes emitidos</u> N° casos atendidos * <u>N° reuniones realizadas</u> N° reuniones programadas
12.-Intervenir al 100% de los agresores referidos por la ley 19.325 derivados desde Juzgados, Cefsam u otras instituciones.	* Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefsam u otras instituciones.	* Consulta Psiquiátrica * Farmacoterapia * Consulta Psicológica * Psicodiagnostico * Psicoterapia * Visita domiciliaria * Derivación externa (Hospital del Salvador) o interna (programa de Alcohol y Drogas) * Notificación epidemiológica al SSMO * Emisión de informes * Coordinación telefónica con Tribunales	* <u>N° casos atendidos en COSAM</u> N° casos derivados a COSAM * <u>N° casos alta</u> N° casos atendidos * <u>N° informes emitidos</u> N° casos atendidos - N° informes emitidos N° casos atendidos
13.- Evaluación Psiquiátrica al 100% de los casos derivados con diagnóstico de Depresión Severa o TAB	* Atención por duplas Psiquiatra-Psicóloga para proceso diagnóstico y plan de manejo.	* Primera evaluación de dupla Psiquiatra Psicólogo para confirmar o descartar criterios de ingreso * Segunda evaluación de dupla Psiquiatra Psicólogo para elaborar hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento. * Consulta Psiquiátrica * Farmacoterapia * Consulta Psicológica * Psicodiagnostico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal * Consulta de salud mental por otro profesional (AS. TO) * Reuniones clínicas con equipo técnico	* <u>N° casos atendidos como Depresión severa</u> N° casos derivados por la red * <u>N° de casos contrareferidos a APS</u> N° casos derivados a COSAM * <u>N° casos confirmados como Dep. Severa</u> N° casos derivados a COSAM * <u>N° de casos dados de alta</u> N° casos ingresados a tratamiento * <u>N° reuniones realizadas</u> N° reuniones programadas
14.- Atención al 100% de los casos confirmados como TAB o Depresión Severa que ingresan a COSAM	* Coordinación con APS para la unificación de criterios de derivación * Intervención sociocomunitaria (Biopsicosocial)		
15.-Conocer el porcentaje de casos ingresados a tratamiento que son dados de alta.	* Capacitación		

PROGRAMA DE DROGAS ADULTO.			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
16.- Evaluación al 100 % de las personas que tengan desde 20 años de edad, derivadas desde la APS al programa de tratamiento por Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, con Compromiso Bio-psico-social severo (PPV).	* Actualización en criterios de inclusión y flujograma de atención.	* Revisión de derivaciones según flujograma de atención. * Indicación de Plan Ambulatorio Básico Plan Ambulatorio Intensivo o derivación a Comunidad terapéutica residencial, según corresponda	* N° personas >20 años evaluadas en Programa de tratamiento Consumo problemático <u>alcohol y drogas, con compromiso BPS de leve a moderado</u> N° personas derivadas desde APS
17.- Atención a 26 personas, que tengan desde 20 años de edad, referidos al Cosam, con un perfil de Consumo Perjudicial o Dependencia al consumo de alcohol y/o drogas (CIE 10), de acuerdo a Convenio Fonasa – SENDA - Minsal. (Planes de Tratamiento Ambulatorio Básico y planes de Tratamiento Ambulatorio Intensivo).	* Aplicación de Norma Técnica de alcohol y drogas para la Atención Secundaria * Coordinación y capacitación para equipo del Programa de Drogas en relación a las prestaciones del Plan de Tratamiento.	* Realizar Intervenciones según protocolo: -Intervención psicosocial de grupo -Intervención familiar -Psicoeducación -Psicoterapia Individual -Psicoterapia Grupal -Psicodiagnóstico, según corresponda. Consulta de salud mental con objetivos específicos determinados por profesional interventor. -Visita Domiciliaria, según corresponda. * Reuniones técnicas semanales y talleres de capacitación para equipo en diagnóstico y manejo según protocolo de atención.	* N° persona >20 años ingresadas a TTO PAB y N° personas ingresadas a TTO PAI
18.-Potenciar interacción con la red comunal y zonal, para el tratamiento de alcohol y drogas.	* Coordinación con los dispositivos de la red de salud para fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia. * Difusión y sensibilización de las normas de atención establecidas en el nivel local, con énfasis en flujograma y criterios de derivación acordados en la comuna. * Apoyar intervención de población mantenida en tratamiento por APS	* Monitorear cumplimiento de normas de referencia y contrareferencia. * Participación en reuniones de red de la zona oriente para el tratamiento de adicciones al alcohol y drogas. * Participación en talleres de orientación y apoyo ofrecidos por APS para población vinculada al diagnóstico de abuso y dependencia a drogas y alcohol.	* N° de usuarios referidos de acuerdo a criterios de derivación establecidos. * <u>N° de reuniones programadas</u> N° de reuniones realizadas * N° actividades realizadas en coordinación <u>con APS</u> N° actividades Programadas con APS

XIII. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA PROGRAMAS CESFAM SALVADOR BUSTOS.

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2019 POR CICLO VITAL. CESFAM SALVADOR BUSTOS									
MÉDICO	596,8	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	10	100%	10	1	10	1,3	7,7	0,2
	CONTROL SANO 1 MES	230	100%	230	1	230	2	115	2,7
	CONTROL SANO 3 MES	276	100%	276	1	276	2	138	3,2
	INGRESO IRA	135	100%	135	1	135	2	67,5	1,6
	CONTROL IRA	440	100%	440	3	1320	3	440,0	10,2
	CONTROL NANEAS	12	100%	12	2	24	1	24,0	0,6
	MORBILIDAD INFANTO ADOLESCENTE	6082	100%	6082	1,2	7298	3	2432,8	56,6
								3225	75,0
ODONTOLOGÍA	578,1	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON CEOD= CERO	683	60%	410	4	1639	2	819,6	19,1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS MENORES DE 3 A 6 AÑOS	1107	100%	1107	4	4428	2	2214	51,5
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	3000	100%	3000	1	3000	30	100,0	2,3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 6 AÑOS	301	79%	238	3	713	2	356,7	8,3
	CONTROL ODONTOLÓGICA NIÑOS NO PRIORITARIOS (7-11 AÑOS)	1607	38%	611	4	2443	2	1221,3	28,4
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ADOLESCENTES 12 AÑOS	358	74%	265	4	1060	2	530	12,3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE 12 A 19 AÑOS	2931	38%	1114	4	4455	2	2228	51,8
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IV MEDIOS	600	100%	600	4	2400	2	1200	27,9
								8669	201,6

ENFERMERÍA	432,2	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO 2 M	276	100%	276	1	276	1,5	184	4,3
	CONTROL SANO 4M	276	100%	276	1	276	1,5	184	4,3
	CONTROL SANO 6 MESES	276	100%	276	1	276	1,5	184	4,3
	CONTROL SANO 8 M	272	100%	272	1	272	1,5	181	4,2
	CONTROL SANO 12 M	272	100%	272	1	272	1,5	181	4,2
	CONTROL SANO 18 M	272	100%	272	1	272	1	272	6,3
	CONTROL SANO 2 AÑOS	258	90%	232	1	232	1,5	155	3,6
	CONTROL SANO 3 AÑOS	288	90%	259	1	259	1,5	173	4,0
	CONTROL SANO 4 AÑOS	228	90%	205	1	205	1,5	137	3,2
	CONTROL SANO 5 AÑOS	264	80%	211	1	211	1,5	141	3,3
	CONTROL SANO 6-9 AÑOS	808	45%	364	1	364	1,5	242	5,6
	CONTROL SANO ADOLESCENTE	279	100%	279	1	279	1	279	6,5
	REEV DE 18 M	40	100%	40	1	40	1,5	27	0,6
	PERFIL DE NIÑOS	1790	3%	54	3	161	3	54	1,2
	VISITA DOMICILIO DDPsM	40	35%	14	1	14	1	14	0,3
	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	10	100%	10	4	40	1	40	0,9
	CONTROL SANO NANEAS	12	100%	12	3	36	1	36	0,8
								2484	57,8
MATRONA	235,4	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	TALLER DESALUD SEXUAL	2480	35%	868	1	868	15	58	1,3
	INGRESO DE EMBARAZO	310	100%	310	1	310	1	310	7,2
	CONTROL DE EMBARAZO	310	100%	310	7	2170	2	1085	25,2
	TALLER ESTIMULACION PRENATAL Y APEGO MATRON/A	310	80%	248	1	248	2	124	2,9
	TALLER DE PARTO MATRÓN/A	310	80%	248	1	248	1	248	5,8
	TALLER DE LACTANCIA Y CUIDADOS DEL RN MATRONA	310	80%	248	1	248	1	248	5,8
	MORBILIDAD OBSTETRICA	310	60%	186	1	186	3	62	1,4
	VISITA A LA MATERNIDAD	310	40%	124	1	124	5	25	0,6
	VISITAS EMBARAZO RIESGO	310	30%	93	1,5	140	1	140	3,2
	CONTROL POST PARTO Y POST ABORTO	50	100%	50	1	50	2	25	0,6
	CONTROL DIADA	230	100%	230	1	230	0,9	256	5,9
	TALLER ED SEXUAL Y AFECTIVIDAD EN ADOLESCENTES MATRONA EN COLEGIO DE ÑUÑO A	1949	10%	195	2	390	10	39	0,9
								2619	60,9

NUTRICIÓN	133,5	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONSULTA RD<6a	60	100%	60	3	180	2	90	2,1
	CONSULTA D<6a	4	100%	4	3	12	2	6	0,1
	CONSULTA SP<6a	313	50%	157	3	470	2	235	5,5
	CONSULTA OB <6a	89	70%	62	3	187	2	93	2,2
	CONS BAJO PESO de 6-9a	43	50%	22	3	65	2	32	0,8
	CONS MALNUT EXCESO DE 6-9a	217	40%	87	3	260	2	130	3,0
	CONS TELEFONICA LACT MATERNA	60	100%	60	1	60	3	20	0,5
	CONS L MATERNA DE ALERTA	1012	27%	273	2	546	1	546	12,7
	LACTANCIA MATERNA DE SEGUIMIENTO	220	70%	154	1	154	1	154	3,6
	CONTROL SANO 3 M	276	70%	193	1	193	2	97	2,2
	CONTROL SANO 5 M	276	85%	235	1	235	2	117	2,7
	CONTROL SANO 3a 6m M	260	35%	91	1	91	2	46	1,1
	CONSULTA PREMATURO EXTREMO	10	100%	10	1	10	2	5	0,1
	CONSULTA NUTRIC ADOLESCENTE	223	30%	67	1	67	2	33	0,8
	CONTROL EMBARAZADAS SOBREPESO	42	50%	21	3	63	2	32	0,7
	CONTROL EMBARAZADAS OBESAS	33	100%	33	5	165	2	83	1,9
	EMBARAZADAS BAJO PESO	7	100%	7	5	35	2	18	0,4
	TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	310	40%	124	1	124	6	21	0,5
	DIABETES GESTACIONAL INGRESO	40	100%	40	1	40	1	40	0,9
	DIABETES GESTACIONAL CONTROL	40	100%	40	2,5	100	2	50	1,2
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1,3	38	0,9
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1,2
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10	0,2
	VISITA LACTANCIA MATERNA	15	100%	15	1	15	1	15	0,3
	CONSULTA NUTRIC NANEAS	12	100%	12	2	24	1	24	0,6
								1985	46,2

KINESIOLOGÍA	302,5	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONSULTA NIÑO Y ADOLESC	263	100%	263	1	263	3	88	2,0
	CONTROL NIÑO Y ADOLESC	230	100%	230	4	920	2	460	10,7
	HOSPITALIZACIÓN ABREV	15	100%	15	1	15	1	15	0,3
	TEST DE PROV DE EJERCICIO	14	100%	14	1	14	0,66	21	0,5
	ESPIROMETRIA	220	80%	176	1	176	1,3	135	3,1
	VIDA SANA	50	100%	50	96	4800	5	960	22,3
	PREINGRESO KINESIOLOGO	135	100%	135	1	135	1,3	104	2,4
	VISITA DOM SCORE M y G	228	35%	80	1	80	1	80	1,9
	VISITA DOM CRONICO DESCOMP	30	100%	30	1	30	1	30	0,7
	EDUCACIÓN IRA de GESTANTES RED SOCIAL	310	100%	310	5	1550	310	5	0,1
	EDUCACION EN SALA DE ESPERA C. INVIERNO	20	100%	20	12	240	20	12	0,3
	SESION EDUCATIVA PARA CRONICOS RESP	400	10%	40	1	40	20	2	0,0
								1898	44,1

PSICOLOGÍA	216,1	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS	786	15%	118	6	707	1,3	544	12,7
	EDUCACION EN HC SENAME	86	50%	43	4	172	43	4	0,1
	PROGRAMA DE ACOMPANAMIENTO	46	28%	13	40	515	1	515	12,0
	TALLER DE APEGO EMBARAZADAS	330	80%	264	1	264	4	66	1,5
	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES	305	24%	73	6	439	1,3	338	7,9
	CONSULTORIA INFANTO JUVENIL	305	23%	70	1	70	3	23	0,5
	PROMO Y PREV EN COLEGIOS SOBRE ALCOHOL Y DROGAS	340	72%	2	1	2	35	0	0,0
								1491	34,7

ASISTENTE SOCIAL	264,6	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	VISITA DOMICILIARIA RI Y RE DE 18 M	33	100%	33	1,5	50	1	50	1,2
	VISITA DOMICILIARIA DESNUTRIDOS	3	100%	3	1	3	1	3	0,1
	VISITA DOM PREMATURO EXTREMO	10	100%	10	1	10	1	10	0,2
	VISITA DOMICILIARIA NIÑO Y ADOLESCENTES NANEAS	12	100%	12	1	12	1	12	0,3
	CONSULTA NIÑO Y ADOLESCENTES, OTROS RIESGOS	4000	5%	200	1	200	1	200	4,7
	VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS OTROS RIESGOS	112	100%	112	1	112	1	112	2,6
								387	9,0
EDUCACIÓN DE PÁRVULOS	17,3	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	INGRESO DEFICIT RIESGO	40	100%	40	1,5	60	1	60	1,4
	CONTROL DEFICIT RIESGO	40	100%	40	8	320	2	160	3,7
	INGRESO DEFICIT RETRASO	5	100%	5	1	5	1	5	0,1
	CONTROL DEFICIT RETRASO	5	100%	5	8	40	2	20	0,5
	INGRESO REZAGO Y OTRAS VULN	90	100%	90	1	90	1	90	2,1
	CONTROL REZAGO Y OTRAS VULN	90	85%	77	3	230	2	115	2,7
	TEPSI	288	50%	144	1	144	1	144	3,3
	ED DSM 0 A 3 M y TALLER DE LENGUAJE	236	40%	94	3	283	6	47	1,1
	VISITA DOMICILIARIA RI y RE DE 18 MESES	5	100%	5	1	5	1	5	0,1
								646	15,0

MÉDICO		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PSCV MEDICO DE 15 Y MAS CON PATOL CVC	11973	100%	11973	1	11973	2	5987	139,2
	DESCOMPENSADOS PSCV	4053	50%	2027	2	4053	3	1351	31,4
	CONTROL MEDICO ERA	1198	100%	1198	2,5	2995	3	998	23,2
	CONSULTA MEDICO TBC	7	100%	7	6	42	3	14	0,3
	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO Y ADULTO MAYOR	31497	100%	31497	1	31497	3	10499	244,2
	CONTROL MEDICO CON DEP SEVERA	440	100%	440	1	440	1	440	10,2
	CONTROL MEDICO OTRA DEP	137	50%	69	1	69	1	69	1,6
	CONSULTA MEDICO DEP SEVERO CON PATOL. AGUDA	440	100%	440	7	3080	1	3080	71,6
								22437	521,8

ODONTOLOGÍA		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EMBARAZADAS	310	70%	217	6	1302	2	651	15,1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 60 AÑOS	210	100%	210	6	1260	2	630	14,7
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	1	3840	3	1280	29,8
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÁS SONRISAS	140	100%	140	5	700	2	350	8,1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIABETICOS	3000	50%	1500	5	7500	2	3750	87,2
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NO PRIORITARIA	31498	15%	4725	4	18899	2	9449	219,8
								16110	374,7

ENFERMERÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PERFILES ADULTO	10622	12%	1275	2	2549	3	850	19,8
	INGRESO ADULTO DM	152	100%	152	1	152	1	152	3,5
	INGRESO AM DM	121	100%	121	1	121	0,8	151	3,5
	INGRESO ADULTO OTROS CV	384	100%	384	1	384	1,5	256	6,0
	INGRESO AM OTROS CV	337	100%	337	1	337	1	337	7,8
	CONTROL ADULTO DM	1005	67%	673	1	673	1,3	518	12,0
	CONTROL AM DM	2256	70%	1579	1	1579	1	1579	36,7
	CONTROL ADULTO OTROS CV	1394	50%	697	1	697	2	349	8,1
	CONTROL AM OTROS CV	5619	70%	3933	1	3933	1,2	3278	76,2
	CONSEJERIA DE INSULINOTERAPIA	100	100%	100	1	100	1	100	2,3
	SEGUIMIENTO AUTOMONITOREO INSULINOTERAPIA	100	100%	100	2,5	250	3	83	1,9
	INGRESO AM SIN PATOL CV (SANO)	983	10%	98	1	98	1	98	2,3
	CONTROL AM SIN PATOLOGIA CV	1378	30%	413	1	413	1,5	276	6,4
	SEGUIMIENTO PACIENTE AUTOVALENTE CON RIESGO	1139	20%	228	1	228	2	114	2,6
	SEGUIMIENTO PACIENTE CON RIESGO DE DEPENDENCIA	866	10%	87	1	87	2	43	1,0
	CONTROL POB DEP SEVERA	440	100%	440	1	440	1	440	10,2
	UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y PROCEDIMIENTOS	37879	100%	37879	4,5	170456	65	2622	61,0
	REEVALUACIÓN PIE DIABÉTICO	888	100%	888	1,5	1332	3	444	10,3
	VISITA POSTRADO SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	308	100%	308	1,5	462	2	231	5,4
	VISITA POSTRADO SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, T. INVASIVO	90	100%	90	36	3240	1	3240	75,3
	PROGRAMA MAS	538	100%	538	24	12912	15	861	20,0
								16022	372,6

MATRONA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PRECONCEPCIONAL	7307	1%	73	1	73	2	37	0,8
	INICIO DE MAC R.FECUND.	700	100%	700	1	700	2	350	8,1
	ANTIGUOS CONTROL REG. FECUND.	4119	40%	1648	2	3295	2	1648	38,3
	INSERCIÓN DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO	100	100%	100	1	100	2	50	1,2
	RECAMBIO Y EXTRACCIÓN DE IMPLANTE	270	100%	270	1	270	1,3	208	4,8
	CONTROL GINECOLÓGICO	4537	38%	1724	2	3448	2	1724	40,1
	CONTROL CLIMATERIO	2200	17%	374	2	748	2	374	8,7
	MORBILIDAD GINECOLÓGICA	1100	100%	1100	1	1100	3	367	8,5
	CONSULTA PAE	90	100%	90	1	90	4	23	0,5
	CONSULTA ABREVIADA	2350	100%	2350	1	2350	5	470	10,9
	TALLER PISO PELVICO	2200	40%	880	1	880	14	63	1,5
	CONTROL PISO PELVICO	880	50%	440	1	440	2	220	5,1
	PAP	11147	67,9%	7569	1	7569	4	1892	44,0
								7424	172,7

NUTRICIÓN		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PSCV	4362	60%	2617	1	2617	2	1309	30,4
	CONSEJERÍA DE INSULINOTERAPIA	100	100%	100	1	100	1	100	2,3
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1,3	38	0,9
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1,2
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10	0,2
	CONSULTA INGRESO DM P.S.C.V	273	100%	273	1	273	1	273	6,3
	CONTROL MALNUTRIDOS POR EXCESO	4072	20%	814	3	2443	2	1222	28,4
	CONSULTA AM MALNUTRIDOS POR DEFICIT	1171	15%	176	3	527	2	263	6,1
	CONSULTA DISLIPIDÉMICO PURO MENOR 65 AÑOS	778	30%	233	3	700	2	350	8,1
	TALLER CUIDADORES DE POSTRADOS	20	100%	20	1	20	10	2	0,0
	CONSULTA POSTRADO SEVERO CON ALIM. ENTERAL	20	100%	20	3	60	1	60	1,4
								3677	85,5

KINESIOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL ERA	1228	80%	982	2	1965	2	982	22,8
	CONSULTA ERA	442	100%	442	1	442	2	221	5,1
	VISITA DOM FALLECIDO NAC	30	100%	30	1	30	1	30	0,7
	VISITA DOMIC OXIGENO DEP	30	100%	30	4	120	1	120	2,8
	REHAB PULM EVALUACION	10	100%	10	8	80	2	40	0,9
	REHAB PULM (ENTRENAMIENTO)	10	100%	10	28	280	10	28	0,7
	TALLERES ERA	230	50%	115	1	115	20	6	0,1
	ESPIROMETRIA	1243	100%	1243	1	1243	2	622	14,5
	INTERVEN EN LA COMUNIDAD	6	100%	6	1	6	3	2	0,0
	AYUDAS TECNICAS A DOMICILIO	153	100%	153	1	153	2	77	1,8
	CONTROL DEP SEVERO	440	100%	440	1	440	1	440	10,2
	CONTROL DEP NO SEVERO	137	40%	55	1	55	1	55	1,3
	CONSULTA DEP PAT AGUDA	378	100%	378	7	2646	1	2646	61,5
	INGRESO RHB >55AÑOS	922	100%	922	1	922	2	461	10,7
	SESION KINE RHB >55A	922	100%	922	8	7376	3	2459	57,2
	CONSULTA AYUDAS TECNICAS COLCHON ANTIESCARA	182	100%	182	1	182	1	182	4,2
	CONSULTA AYUDAS TECNICAS BASTON y OTROS	752	100%	752	1	752	3	251	5,8
	VIDA SANA	50	100%	50	76	3800	7	543	12,6
	PROGR MAS	538	100%	538	24	12912	15	861	20,0
	MAF INGRESO	944	20%	189	2	378	1	378	8,8
	CLASE EJERCICIO FISICO	189	50%	95	24	2268	4	567	13,2
	TALLER DE CAIDAS	90	100%	90	1	90	8	11	0,3
	IVADEC	48	100%	48	1	48	1	48	1,1
								11028	256,5

PSICOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROBLEMAS Y/O TRASTORNO DE SALUD MENTAL	2578	43%	1109	8	8868	1,3	6822	158,6
	TALLER DEPRESION	2578	14%	366	8	2929	10	293	6,8
	CONSULTORIA DE PSIQU ADULTO	2578	11%	284	1	284	10	28	0,7
	VIDA SANA	50	100%	50	7	350	1,4	250	5,8
	PROGRAMA VOLUNTARIADO AD MAYOR	20	100%	20	12	240	10	24	0,6
	PSICOGERIATRÍA	698	10%	70	5	349	1,3	268	6,2
	PROGRAMA MAS	538	100%	538	1	538	15	35,9	0,8
								7721	179,6

ASISTENTE SOCIAL		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA SOCIAL EMBARAZADAS DE RIESGO	134	100%	134	1	134	2	67	1,6
	VISITAS DOMICILIARIAS EMBARAZADAS EN RIESGO	134	100%	134	1	134	1	134,0	3,1
	CONSULTA SOCIAL DEP SEVERA	440	100%	440	7,5	3300	2	1650,0	38,4
	CONSULTA SOCIAL PAC CON OTRA DEPENDENCIA	137	100%	137	4	548	2	274,0	6,4
	CONSULTA SOCIAL ESPONTANEA	27033	5%	1352	2	2703	2	1351,7	31,4
	VISITAS DOMICILIARIAS PROGRAMA POSTRADOS	415	80%	332	1	332	1	332,0	7,7
	ATENCION SOCIAL ADULTO EN RIESGO	7000	5%	350	1	350	2	175,0	4,1
	VISITAS DOMICILIARIAS ADULTOS EN RIESGO	7000	5%	350	1	350	1	350,0	8,1
	TRABAJO COMUNITARIO	37879	1%	379	86	32576	25	1303,0	30,3
	ATENCIONES USU INGRESO	2372	100%	2372	1	2372	1	2372	55,2
	GESTION DE USU	328	100%	328	5	1640	2	820	19,1
	OTRAS ATENCIONES USU	37.879	11%	4166,69	1	4166,69	2	2083,345	48,4
								10912,033	253,8

TECNOLOGÍA MEDICA	38,5	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
	PROCEDIMIENTOS	31000	1%	310	1	310	3	103	2,4
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA MENOR DE 65 AÑOS	20000	25%	5000	1	5000	5	1000	23,3
	CONSULTA MAYOR DE 65 AÑOS	11020	25%	2755	1	2755	5	551	12,8
								1551	38,5

PODOLOGÍA	74,2	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PODOLOGIA	2101	70%	1471	4	5883	2	2941	68,4
	PODOLOGIA EN DOMICILIO	83	100%	83	3	249	1	249	5,8
								3190	74,2

TÉCNICO PARAMÉDICO	74,2	POBLACION BAJO CONTROL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	VISITA POSTR DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	132	100%	132	1,5	198	2	99	2,3
	VISITA POSTR DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, CURACIONES	66	100%	66	36	2376	1	2376	55,3
	EMPA HOMBRE	6744	17,5%	1180	1	1180	3	393	9,1
	EMPA MUJER	3804	25,4%	966	1	966	3	322	7,5
								3190	74,2

QUIMICO FARMACEUTICO	7,0	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PACIENTE CV CON MALA ADHERENCIA	11973	5%	599	1	599	2	299	7,0
								299	7,0

TECNICO DENTAL RAYOS	64,6	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	RAYOS DENTAL	37879	11%	4167	4	16667	6	2778	64,6
								2778	64,6

EQUIPO PROMOCION	1,9	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO COMPLETO	ODONTO	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	ENFERMERA	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	MATRONA	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	NUTRICIONISTA	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	KINE	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	PSICO	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	ASISTENTE SOCIAL	37879	1%	379	8	3030	38	80	1,9
	EDUCADORA DE PARVULOS	37879	1%	379	10	3788	38	100	2,3

XIV. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA CESFAM ROSITA RENARD.

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2019 POR CICLO VITAL. CESFAM ROSITA RENARD

MÉDICO	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	Control Recién Nacido	259	100%	259	1	259	2	129,5	2,94
	Control 45 días con Pauta Neurol.	259	100%	259	1	259	2	129,5	2,94
	Control 3er mes	259	100%	259	1	259	2	129,5	2,94
	Control IRA	441	100%	441	2	882	3	294,0	6,68
	Ingreso IRA	132	100%	132	1	132	2	66,0	1,50
	Consulta Morbilidad Infantil y Adolescente	5825	100%	5825	1,12	6524	3	2174,7	49,42
	Salud Mental Infantil y Adolescente	934	20%	187	3	560,4	3	186,8	4,25
								3110,0	70,68

ODONTÓLOGO		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTIL (ODONTÓLOGO)	CONTROL ODONTOLÓGICO MENORES DE 3 AÑOS con ceod = 0	541	60%	325	4	1298	2	649,2	14,8
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 3 A 6 AÑOS	1382	100%	1382	4	5528	2	2764	62,8
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	2600	100%	2600	1	2600	30	86,7	2,0
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 6 AÑOS	322	79%	254	3	763	2	381,6	8,7
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS NO PRIORITARIOS (7 -11 AÑOS)	1513	38%	575	4	2300	2	1149,9	26,1
								5031	114

ODONTÓLOGO		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
PROGRAMA ADOLESCENTE (ODONTÓLOGO)	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ADOLESCENTES 12 AÑOS	292	74%	216	4	864	2	432	10
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 12 A 19 AÑOS	2389	38%	908	4	3631	2	1816	41
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IV MEDIOS	500	100%	500	4	2000	2	1000	23
								3248	74

ENFERMERÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	Control 0-5 meses	170	100%	170	2	340,0	2	170,0	3,9
	Control 6- 11 meses	175	100%	175	1	175,0	2	88,0	2,0
	Control 8 meses con EEDP	167	90%	150	1	150,0	2	75,0	1,9
	control 12 a 23 meses	343	90%	309	1	309,0	2	156,0	3,5
	control 18 meses con EEDP	343	95,6%	328	1	328	1	328	7,5
	Control 2-5 años	1316	90%	1184,4	1	1184,4	2	592,2	13,5
	Control 3 años con Tepsi	439	50%	219,5	1	219,5	1	219,5	5,0
	Control 6 y 9 años	1045	50%	523	1	523,0	2	261,3	5,9
	Clínica Lactancia (40% RN bajo control)	333	40%	133,2	3	400,0	2	199,8	4,5
	Consulta de déficit	74	100%	74	3	222,0	2	111,0	2,5
	Reevaluación	74	90%	66,6	1	66,6	2	33,3	0,8
	Visita Domiciliaria	74	100%	74	1	46,0	1	46,0	1,1
	perfil de P/A niños	54	100%	54	3	162,0	3	54,0	1,2
	Hogar Sename (9 horas semanales por 10 meses)	100	100%	100	2	200	1	200,0	2,5
	Hogar Grada	34	100%	34	6	204	2	102,0	2,3
	Control adolescente (Empad)	1406	30%	421,8	1	421,8	2	210,9	4,8
								2847,0	62,9

MATRONA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	DIADA < DE 10 DIAS	336	70%	235	1	235	1	235	5,34
	DIADA 11 A 28 DIAS	336	30%	101	1	101	1	101	2,30
								336	8

NUTRICIÓN		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	CONSULTA RD 0-6a	81	100%	81	7	567	2	284	6,4
	CONSULTA RD 6-9a	36	100%	36	3	108	2	54	1,2
	CONSULTA D 0-9a	13	100%	13	7	91	2	46	1,0
	CONSULTA SP 0-6a	409	100%	409	3	1227	2	614	13,9
	CONSULTA SP 6-9a	188	100%	188	2	376	2	188	4,3
	CONSULTA OB 0-6a	150	100%	150	4	600	2	300	6,8
	CONSULTA OB 6-9a	158	100%	158	3	474	2	237	5,4
	1° CONSULTA RD	93	100%	93	1	93	2	47	1,1
	CONSULTA 5° MES	318	90%	286	1	286	2	143	3,3
	CONSULTA 3 AÑOS Y MEDIO	152	70%	106	1	106	2	53	1,2
	CONSULTA 10 MESES	318	50%	159	1	159	2	80	1,8
	CONS L MATERNA .	97	100%	97	3	291	2	146	3,3
	OTRAS CONSULTAS	167	100%	167	2	334	2	167	3,8
	CONSULTA DÉFICIT	42	100%	42	3	126	2	63	1,4
CICLO VITAL ADOLESCENTE	CONSULTA SP	268	40%	107	2	214	2	107	2,4
	CONSULTA OBESIDAD	273	40%	109	3	328	2	164	3,7
		2763		2202		5381		2690	61,1

KINESIOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL ADOLESCENTE	Consulta IRA	252	100%	252	5	1260	3	420,0	9,5
	Control IRA	97	100%	97	1	97	2	48,5	1,1
	Visita domiciliaria IRA	20	90%	18	1	18	1	18,0	0,4
	Educación comunitaria	120	100%	120	1	120	30	4,0	0,1
								490,5	11,1

PSICOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	5825	20%	256	6	1538	0,75	2050	46,6
	TALLER DE HABILIDADES PARENTALES	1282	3%	38	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER VIDA SANA			0		0	6	0	0,0
	TALLER MINDFULNESS	1282	3%	38	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER NADIE ES PERFECTO			0		0	1,5	0	0,0
								2226	50,6

ASISTENTE SOCIAL		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	ATENCIÓN SOCIAL NIÑOS EN RIESGO	1923	18%	346	2	692	1,25	554	12,6
	VISITAS DOMICILIARIAS NIÑOS EN RIESGO	1923	18%	346	1	346	1	346	7,9
	REUNIÓN CHILE CRECE					220	1,5	147	8,5
								1047	28,9

MÉDICO		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO	18959	70%	13271	1	13271	3	4424	100,5
	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO MAYOR	8233	80%	6586	1,5	9880	3	3293	74,8
	CONTROL PSCV DIABÉTICOS NI	2920	59%	1723	2	3446	2	1723	39,2
	CONTROL PSCV DMIR	1192	80%	954	4	3814	2	1907	43,3
	CONTROL PSCV HTA	8518	83%	7070	2	14140	2	7070	160,7
	CONSULTA PSCV DISLIPIDÉMICOS	11077	41%	4542	1	4542	2	2271	51,6
	INGRESOS DIABETES	344	100%	344	1	344	2	172	3,9
	INGRESOS HTA	805	100%	805	1	805	2	403	9,1
	CONSULTA SALUD MENTAL	6330	20%	1266	6	7596	2	3798	86,3
	INGRESO SALUD MENTAL	278	100%	278	1	278	2	139	3,2
	CONTROL MEDICO PROGRAMA ERA	911	100%	911	2	1822	2	911	20,7
	INGRESO ERA	180	100%	180	1	180	2	90	2,0
	CONTROL PROGRAMA POSTRADOS	408	100%	408	1	408	1	408	9,3
	MORBILIDAD POSTRADOS	4 VDI POR SECTOR	100%	408	2	816	1	816	18,5
	INGRESOS POSTRADOS	250	100%	250	1	250	1	250	5,7
								27674	629,0

ODONTÓLOGO		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR ODONTÓLOGO	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EMBARAZADAS	433	70%	303	6	1819	2	909	21
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 60 AÑOS	175	100%	175	6	1050	2	525	12
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	1	3840	3	1280	29
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÁS SONRISAS	115	100%	115	5	575	2	288	7
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIABETICOS	4112	50%	2056	5	10280	2	5140	117
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NO PRIORITARIA	26161	5%	1308	4	5232	2	2616	59
								10758	244

TÉCNICO EN ODONTOLOGÍA		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTIL, ADULTO Y ADULTO MAYOR	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR Y/O BITEWING	33017	14%	4622	4	18490	10	1849	42
								1849	42

ENFERMERA		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PACIENTES < 65 a	4940	70%	3458	1	3458	2	1729	39
	INGRESO PSCV	600	100%	600	1	600	2	300	7
	PERFIL DE PRESIÓN ARTERIAL	436	100%	436	2	872	4	218	5
	EDUCACION DE INSULINA	86	100%	86	1	86	2	43	1
	REEVALUACION PIE DM	451	50%	226	1	226	3	75	2
	CONTROL ANUAL POSTRADOS	402	100%	402	1	402	1	402	9
	EXÁMENES PACIENTES POSTRADOS	402	100%	402	1	402	1,5	603	14
	CURACIÓN POSTRADOS	38	100%	38	96	3648	1	3648	83
	CAMBIO SONDA	24	100%	24	12	288	1	288	7
	TACO	37	100%	37	12	444	2	888	20
	CATETER SC	22	10000%	22	4	88	2	176	4
	EMPAM	8207	48%	3770	1	3770	1	3770	86
	RE EVALUACIÓN AM	449	100%	449	1	449	2	225	5
	Instalacion S. foley/cateterismo vesical en unidad de TTO	15	100%	15	12	180	2	90	2
	Tratamiento endovenoso en unidad de TTO	360	100%	360	1	360	2	180	4
	Curaciones pie diabetico en unidad de TTO	25	100%	25	96	2400	2	1200	27
	Urgencias varias sin riesgo vital en unidad de TTO	144	100%	144	1	144	1	144	3
	urgencias (clave azul) en unidad de TTO	48	100%	48	1	48	1	48	1
								14027	319

MATRONA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PRECONCEPCIONAL	30	100%	30	2	60	2	30	0,7
	CONTROL PRENATAL	433	100%	433	9	3897	2	1948,5	44,28
	CONTROL POSTPARTO O ABORTO	130	100%	130	1	130	3	43,3	0,98
	CONTROL GINECOLOGICO	4376	100%	4376	1	4376	2	2188	49,73
	CONTROL CLIMATERIO	5024	44%	2211	2	4421	1,25	3536,9	80,38
	CONTROL DIU	362	100%	362	1	362	3	120,7	2,74
	CONTROL ACO	1194	100%	1194	2	2388	3	796,0	18,09
	CONTROL INYECTABLE	757	100%	757	2	1514	3	504,7	11,47
	CONTROL IMPLANTE	476	100%	476	2	952	3	317,3	7,21
	CONTROL PSV MUJER	215	100%	215	1	215	3	71,7	1,63
	CONTROL PSV HOMBRE	5	100%	5	1	5	3	1,7	0,04
	INGRESO EMBARAZO	433	100%	433	1	433	1	433	9,84
	INGRESO GINECOLOGICO	900	100%	900	1	900	1	900	20,45
	INGRESO REG. FECUNDIDAD	684	100%	684	1	684	1	684	15,55
	CONSEJERIA ITS	62	100%	62	1	62	2	31,0	0,70
	CONSULTA MORB. GINE	72	100%	72	1	72	3	24	0,55
	CONSEJERIA PAE	37	100%	37	1	37	2	18,5	0,42
	CONSEJERÍA SSyR	456	100%	456	1	456	2	228	5,18
	CONSEJERIA VIH- SIDA	168	100%	168	2	336	2	168	3,82
	CONTROL GRUPAL EMB.	433	90%	390	4	1559	25	72	1,64
	TALLER CLIMATERIO	2211	100%	2211	5	11055	25	90	2,05
	EDUCACIÓN COLEGIOS	4	100%	4	2	8	1,5	12	0,27
	VDI A GESTANTES	433	10%	43	2	87	1	87	1,97
								12306	279,7

NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	POBLACION EN CONTROL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO	RCV TOTAL	4740	100%	4740	1	4740	2	2370	53,86
	OTRAS CONSULTAS	87	100%	87	1	87	2	44	0,99
	INGRESOS DM-HTA	419	100%	419	1	419	1	419	9,52
	TOTAL	5246		5246		5246		2833	64,38

NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	POBLACION EN CONTROL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO MAYOR	RCV TOTAL	6939	100%	6939	1	6939	2	3470	78,85
	INGRESOS DM-HTA	395	100%	395	1	395	1	395	8,98
	TOTAL	7334		7334		7334		3865	2

NUTRICIÓN	NUTRICION	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
EMBARAZADAS Y PUERPERAS	CONTROL EMBARAZAS, SP, OB, ENFL AQ.	275	100%	275	2,8	770	2	385	8,75
	CONTROL PUÉRPERAS	44	100%	44	1	44	2	22	0,50
	EDUCACIÓN EMBARAZADAS				2	30	1	24	0,55
	TOTAL	319		319		844		431	10

KINESIOLOGÍA		POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	Control Agudo ERA	326	100%	326	5	1630	3	543,3	12,3
	Control crónico ERA	930	100%	930	1	930	2	465,0	10,6
	Urgencias y extra	322	100%	322	1	322	1	322,0	7,3
	Espirometría	4558	23,60%	1076	1	1076	1,5	717,1	16,3
	Encuesta CV	12	125%	15	2	30	2	15,0	0,3
	Test de Marcha 6 min	12	125%	15	2	30	2	15,0	0,3
	Rehabilitación pulmo	12	125%	15	24	360	0,7	514,3	11,7
	VD Oxigenodependie	27	90%	24	2	49	1	48,6	1,1
	Taller anti tabaco	66	100%	66	7	462	6	77,0	1,8
	por NAC en domicilio	25	100%	25	1	25	1	25,0	0,6
	VD dependiente seve	357	70%	250	4	1000	1	999,6	22,7
	Entrega Ayuda Técnica	160	100%	160	1	160	2	80,0	1,8
	Control Ayuda Técnica	160	100%	160	1	160	2	80,0	1,8
	Taller entrega ayuda t	251	100%	251	1	251	6	41,8	1,0
	Ingreso Kinesiología	1356	80%	1085	1	1085	2	542,4	12,3
	Control kinesiología	1356	80%	1085	10	10848	3	3616,0	82,2
	Ev. Ingreso Más AM A	1076	100%	1076	1	1076	3	358,7	8,2
	Taller Más AM Autovalentes (estimulación motora y prevención de caídas)	1076	60%	646	24	15494	10	1549,4	35,2
	IVADEC	5.282	2%	106	1	106	3	35,2	0,8
								10.045,50	228,31

PSICOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTURA (META)	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS	18959	20%	834	6	5005	0,75	6674	151,7
	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES	8233	20%	362	6	2174	0,75	2898	65,9
	TALLER DE APOYO EMOCIONAL 2	1131	10%	113	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER APOYO EMOCIONAL 1	1131	10%	113	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER CONSUMO SUSTANCIAS	1131	5%	57	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER ADULTOS EN PLENITUD	8233	1%	99	44	44	0,5	88	2,0
	TALLER DE MEMORIA PREVENCION	8233	1%	99	44	44	0,5	88	2,0
								10012	227,5

ASISTENTE SOCIAL		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCIÓN SOCIAL EMBARAZADAS EPSA (+)	433	34%	147	1	147	1,25	118	2,7
	VISITA DOMICILIARIA EMBARAZADA EPSA (+)	433	34%	147	2	294	1	294	6,7
	CONSULTA SOCIAL POSTRADOS	408	40%	163	1	163	1,25	131	3,0
	VISITA DOMICILIARIA POSTRADOS	408	100%	408	1	408	1	408	9,3
	CONSULTA ADULTO EN RIESGO	18959	8%	1517	1	1517	1,25	1213	27,6
	CONSULTA ADULTO MAYOR EN RIESGO	8224	10%	822	1	822	2	411	9,3
	VISITAS DOMICILIARIAS	27183	8%	2175	1	2175	1	2175	49,4
	TALLER DE MEMORIA	8,233	1%	82	44	44	0,5	88	2,0
	TRABAJO COMUNITARIO	33017				24	0,5	48	1,1
								4886	111,0

PLAN COMUNAL DE CAPACITACIÓN 2019

CAPACITACION COMUNAL AÑO 2019

Comité de Capacitación Comunal, está conformado por:

1. Dr. Robert Stern, Director de Salud Comunal.
2. Dr. Mauricio Osses, Director CESFAM Rosita Renard.
3. Dr. Cristián Carvacho, Director CESFAM Salvador Bustos.
4. Srta. Natalia Castillo, Encargada Comunal de Capacitación.
5. Dra. Roxanna Orellana, Representante de la Categoría A CESFAM Salvador Bustos.
6. Dr. Rodolfo Raddatz, Representante de la Categoría A CESFAM Rosita Renard.
7. Sra. Janet Castro, Representante de la Categoría B CESFAM Rosita Renard.
8. Sra. Fabiola Fleischmann, Representante de la Categoría B CESFAM Salvador Bustos.
9. Sra. Sandra Lincanqueo, Representante de la Categoría CDEF CESFAM Rosita Renard.
10. Srta. Nataly Ramírez, Representante de la Categoría CDEF CESFAM Salvador Bustos.

• Antecedentes

De acuerdo a la política de la Ilustre Municipalidad de Ñuñoa, y en orden a orientar la utilización de recursos disponibles hacia metas y resultados explícitos, buscando siempre la mejor alternativa de acción, trabajando en Red con la Dirección del Servicio Metropolitano Oriente, se ha diseñado Plan de Capacitación Comunal 2019, con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población usuaria, mediante un equipo capacitado.

Bajo esta nueva mirada integral de la salud, en que prima la calidad, resolutivez y participación; se hace cada vez más necesario y relevante poder entregar a las personas que colaboran en esta área, las herramientas adecuadas, a través de la capacitación para que estos puedan ejecutar debidamente este modelo de salud en su lugar de trabajo.

Para el año 2019, por todo el significado que implica el desarrollo de las actividades del área, es importante apoyar en forma efectiva al recurso humano, en el proceso de enseñanza aprendizaje, lo que debiera traducirse en una mayor calidad en la atención.

Por lo tanto, es imprescindible contar con un adecuado plan de capacitación que incluya todas las necesidades de nuestras organizaciones incorporando habilidades y destrezas en las distintas áreas del conocimiento.

- Temáticas de la capacitación. (Basado en Ejes Estratégicos del Plan Anual de Capacitación entregado por el SSMO)
1. Enfermedades Transmisibles.
 2. Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad.
 3. Hábitos de vida.
 4. Curso de vida.
 5. Equidad y Salud en todas las políticas.
 6. Medio ambiente.
 7. Institucionalidad del Sector Salud.
 8. Calidad de la atención.
 9. Emergencias, desastres y epidemias.

- **Objetivos Generales**

Propender al perfeccionamiento técnico profesional de los equipos de salud de la comuna en forma gradual, programada y sistemática

- **Objetivos Específicos**

1. Dar a conocer el proceso y procedimiento de capacitación a todos los funcionarios que conforman los equipos de salud de la comuna, basada en la ley 19.378, del estatuto de atención primaria.
2. Buscar y seleccionar oferentes de acuerdo a intereses de los funcionarios, la capacidad económica disponible y que garanticen calidad, responsabilidad en el cumplimiento de los plazos estipulados.
3. Velar por el cumplimiento de horas de capacitación de los equipos de salud, de acuerdo a su jornada laboral.
4. Confeccionar un programa de capacitación que se ajuste a las necesidades, tanto de sus funcionarios como de la organización.
5. Realizar una evaluación anual del proceso de capacitación.

- **Evaluación del Plan**

1. Cronograma de actividades:
 - a) Diseño plan Octubre 2018.
 - b) Selección de cursos Octubre 2018.
 - c) Inscripción de los funcionarios a los cursos de acuerdo con su jornada laboral, su categoría y sus intereses, en marcados en el plan salud comunal, período Septiembre 2018 – Agosto 2019.
 - d) Cautelar el proceso de ejecución de la capacitación de Septiembre 2018 a Agosto 2019.
 - e) Evaluación final del proceso en Octubre 2019.

2. **Indicadores:**

$$\frac{\text{Nº Cursos Realizados}}{\text{X 100 Nº Cursos Programados}}$$

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2019 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD..... COMUNA.....																		
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	ITEM CAPACITACION	FINANCIAMIENTO			ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION	
			A (Médicos, Odont., DE, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliare servicios Salud)				FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO				
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Mejorar la localización de casos y la eficiencia del tratamiento en los equipos de tuberías de los niveles locales.	Capacitación en tuberías para funcionarios de APS	5	5	5	3	1	1	20	27	Costo cero					Uvirtual	Natalia Castillo	Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Actualizar a los funcionarios sobre el reglamento de normativa de la Raba. Capacitar a los funcionarios sobre utilización de la página web MIDAS MINSAL para notificar las afecciones de accidentes por mordeduras	Taller del Programa de Vigilancia, Prevención y Control de la Raba en el Hombre y en los animales Normativas y uso de la plataforma web para notificación de accidentes por mordeduras de animales		3					3	5	Costo cero					SSMO	Natalia Castillo	31-10-18
	El funcionario será capaz de realizar la notificación oportuna de casos de agentes etiológicos detectados, para así lograr interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad	Taller de Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria		2					2	5	Costo cero					SSMO	Maria José Araya	03-09-18
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Adquirir conocimientos y habilidades en RCP nivel básico adulto, niños y lactantes	Curso RCP básico	5	5	30	5	5	5	35	21	2.800,00			2.800,00		OTEC INSIDE® limitada	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Adquirir conocimientos y habilidades en RCP nivel básico adulto, niños y lactantes	Curso RCP básico	5	5	30	5	5	5	35	20	Costo cero					Cesfam Salvador Bustos	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Conocer los procedimientos actualizados para el diagnóstico y tratamiento de lesiones de caries.	Actualización en cariológica	8		5				13	27	Costo cero					Uvirtual	Natalia Castillo	Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Proporcionar al funcionario conocimientos y herramientas actualizadas sobre técnicas en el tratamiento de Herida del Pie DM	IV Curso Manejo Avanzado de Heridas del Pie DM 2018	1	1					2	21	Costo cero					SSMO	Maria José Araya / Natalia Castillo	28/09/2018 teórico. Pendiente 30 hrs de práctica
	Proporcionar al funcionario elementos teóricos que permitan aproximarse al fenómeno de abuso infantil al ejercicio profesional, a través de una metodología de aprendizaje semi-presencial	Intervención en Situaciones de maltrato y abuso sexual infantil		3					3	25	Costo cero					SSMO	Natalia Castillo	30 horas presenciales (11 y 12 octubre 2018). 35 horas modalidad e-learning
	Entregar al profesional conocimientos actualizados sobre el manejo de pacientes con cáncer avanzado y el tratamiento del dolor	XIII Jornada de Capacitación de Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos 2018	1	4	1				6	21	Costo cero					SSMO	Natalia Castillo	4 y 5 Octubre 2018
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Al finalizar el curso el odontólogo será capaz de reconocer las enfermedades periodontales aplicando el procedimiento de examen periodontal básico, formulando un correcto diagnóstico y aplicando grados de resolución (tratamiento y/o derivación, colaborando en el cuidado de la salud bucal de los pacientes que se atienden en los centros de salud.	Aplicación de examen periodontal básico	15						15	52	Costo cero					Uvirtual	Natalia Castillo	Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	El funcionario adquirirá competencias vinculadas a la ejecución del examen preventivo en el adulto mayor (EMPAM) en un enfoque de salud familiar y comunitario, incluyendo un plan de cuidados multidisciplinario en kinesiólogos	Curso EMPAM para kinesiólogos		1					1	26	Costo cero					SSMO	Natalia Castillo	22, 23 y 24 de octubre 2018
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.																		
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Identificar elementos asociados a la comorbilidad mapuche en Salud. Entender la jerarquía de mapas y su rol en la atención primaria de salud.	Curso gestión intercultural en atención primaria de salud (Medicina mapuche)	5	5	5	5	0	0	20	27	2.000.000			2.000.000		OTEC INSIDE® limitada	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Conocer la medicina ancestral mapuche y su concepto de salud y enfermedad. Realizar introducción sobre hierbas medicinales y sus complementarios.																	

EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.																		
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en la red asistencial en los equipos de Salud de la Atención Primaria.	Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Conceptos y elementos claves.	5	5	5	5	5	5	30	27	Costo cero					Uvirtual	Natalia Castillo	Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Entregar al participante una visión global de normativas de carácter general contempladas en la ley n° 19.378, que regula básicamente las relaciones laborales de funcionamiento del sistema entre los funcionarios que atienden la salud denominada primaria y su empleador, las municipalidades o las corporaciones municipales creadas para tales efectos.	Curso de Gestión de la Ley de Estatuto Administrativo en Atención Primaria	2	3	5	5	5	5	25	21	2.625.000			2.625.000		OTEC INSIDE® limitada	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Los participantes obtendrán herramientas para mejorar la calidad de vida personal de salud y como resultado, mejorar la calidad de la atención a los usuarios.	Cómo generar mejor salud	5	5	5	10	10	5	40	32	4.800.000			4.800.000		Mediclow	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Contribuir a mejorar la comunicación, relaciones interpersonales y rendimiento laboral, a través de la capacitación del personal de la organización, para que desarrollen habilidades, destrezas y acciones que les permitan ofrecer capacidades y servicios de atención de público, con técnicas de programación neurolingüística	Curso gestión de clientes con PNL en atención primaria de salud	5	5	5	5	5	5	30	32	3.600.000			3.600.000		OTEC INSIDE® limitada	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Incorporar conocimientos y habilidades para la realización de procedimientos en las áreas de: Entrega de Alimentos, Farmacia, Unidad de Procedimientos (UDP), Coordinaciones. Lograr que el alumno conozca y realice en forma correcta los registros relacionados con las prestaciones dadas a los usuarios en las áreas antes mencionadas; Dotar al alumno de conocimientos que le permitan tener un correcto manejo administrativo de las actividades que se realizan en las áreas antes mencionadas.	Curso Interno de Complejo CESFAM Salvador Bustos Centro de Urgencia Rufos. Actualización para Técnico parafarmacéutico TENS de APS	0	0	5	5	0	0	10	53	Costo cero					Cesfam Salvador Bustos	Natalia Castillo	PENDIENTE Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.																		
CURSOS EMERGENTES	Los resultados dependerán del curso que realice el funcionario o su jefe/a solicite	Cursos varios								Dependerá del curso que el funcionario realice o su jefe/a solicite	Costo cero					Uvirtual y otros		Periodo de septiembre 2018 a agosto 2019
	Totales										15.625.000							

XVI. DOTACIÓN COMUNAL 2019.

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2018				Dotación año 2019				Observaciones al Cargo
		N° cargos	Horas Totales Contratadas	N° horas asistenciales	N° horas administrativas	N° cargos	Horas Totales Contratadas	N° horas asistenciales	N° horas administrativas	
A	Médicos *	53	926	784	166	56	1036	866	170	
	Dentistas	50	636	536	124	51	658	554	128	
	Químicos Farmacéuticos	2	44	22	22	3	132	96	36	
	Médicos SAPU	14	314	314	0	12	267	267	0	
	Total tramo A	119	1920	1656	312	122	2093	1783	334	0
B	Enfermeras *	21	891	735	156	26	1001	613	388	
	Matronas *	18	746	691	55	19	716	540	176	
	Psicólogo (a)	37	633	519	114	16	639	467	172	
	Asistente Social	20	534	446	88	13	549	454	95	
	Nutricionistas	14	574	489	85	13	594	423	171	
	Kinesiólogo (a)	19	726	552	174	21	803	571	199	
	Terapeuta Oc.	10	301	224	82					
	Otros (T.M.)	2	77	52	25	3	110	104	11	
	Total tramo B	141	4482	3707	780	111	4412	3172	1212	0
TOTALES		260	6402	5363	1092	233	6505	4955	1546	0

*Se requiere al menos de estas profesiones, el desglose de las horas (asistenciales y administrativas)

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2018				Dotación año 2019				Observaciones al Cargo
		N° cargos	Horas Totales Contratadas	Horas Asistenciales	Horas Administrativas	N° cargos	Horas Totales Contratadas	Horas Asistenciales	Horas Administrativas	
C	TENS Enf.	79	3294			87	3648	0	0	
	Técnicos Informáticos	1	44			1	44			
	Tec Rehabilitación Drogas	2	77			2	77			
	Secretarías (administrativos Cat C)	12	528			15	660			
	TENS SAPU	6	264			2	88			
	Otros (Podóloga)	3	132			3	132			
	Total tramo C	103	4339			110	4649	0	0	0
D	Auxiliar Paramédico	17	792			24	968			
	Asistente Dental	19	761			18	687			
	Paramédicos SAPU	22	934			24	984			
	Asistente Social									
	Otros			0	0					
	Total tramo D	58	2487			66	2639			
E	Administrativo del Área Salud	48	2053			51	3985			
	Total tramo E	48	2053			51	3985			
F	Auxiliar de Servicio	17	717			17	738			
	Auxiliares de Servicio SAPU	9	396			9	396			
	Conductores	8	352			8	352			
	Conductores SAPU	12	396			12	398			
	Camilleros	1	44			1	44			
	Otros									
	Total tramo F	47	1905			47	1928			
TOTALES		256	10784			274	13201			

XVII. PRESUPUESTO DE SALUD 2019.

ITEM	INGRESOS Y GASTOS	SALVADOR BUSTOS	CENTRO DE URGENCIA	ROSITA RENARD	LABORATORIO	COSAM	DEPTO SALUD	BOTICA	Total general
INGRESOS	Ministerio Salud - per cápita	2.741.531.382	0	2.256.858.096	0	0	0	0	4.998.389.478
	Programas complementarios SSMO	944.814.166	477.115.562	979.672.168	11.089.061	417.117.103	16.524.942	0	2.846.333.003
	Venta de Servicios	2.502.128	6.321.110	1.570.124	4.352.274	0	0	658.737.331	673.482.967
	Otros Ingresos	9.439.303		31.840.384	0	0	0	0	41.279.687
Total INGRESOS		3.698.286.978	483.436.672	3.269.940.772	15.441.335	417.117.103	16.524.942	658.737.331	8.559.485.135
EGRESOS	Remuneraciones	3.893.613.856	963.843.521	3.796.424.091	175.166.779	823.837.226	171.262.445	53.497.573	9.877.645.491
	Bonos	0	0	0	0	0	0	0	0
	Fluquitos	0	0	0	0	0	0	0	0
	Licencias médicas	0	0	0	0	0	0	0	0
Total EGRESOS		3.893.613.856	963.843.521	3.796.424.091	175.166.779	823.837.226	171.262.445	53.497.573	9.877.645.491
GASTOS	Servicios generales	278.868.509	48.746.111	155.455.128	25.401.625	38.445.306	78.635.472	6.635.374	632.187.525
OPERACIÓN	Materiales de uso o consumo administración - gest	917.560.837	144.807.366	469.402.759	206.567.402	93.757.311	10.626.023	657.892.606	2.500.614.304
	Consumos básicos	85.842.158	27.593.372	153.425.115	9.169.118	8.691.676	7.754.078	1.163.189	293.638.707
	Mantenciones y reparaciones	28.000.000	12.000.000	15.000.000	7.000.000	8.000.000	0	4.000.000	74.000.000
	Combustibles y lubricantes	3.794.900	10.579	105.709	0	326.130	2.028.882	0	6.266.199
	Inversiones	0	0	0	0	0	0	0	0
	Textiles y vestuario	0	0	0	0	12.954	0	0	12.954
Total GASTOS OPERACIÓN		1.314.066.403	233.157.428	793.388.711	248.138.146	149.233.378	99.044.455	669.691.169	3.506.719.690
		-1.509.393.281	-713.564.276	-1.319.872.029	-407.863.590	-555.953.500	-253.781.958	-64.451.412	-4.824.880.047