



Ñuñoa
CORPORACIÓN MUNICIPAL

**PLAN DE
SALUD
COMUNAL
ÑUÑO A
2020**



ÍNDICE

Página

I.	Introducción.	3 - 7
II.	Visión, Misión, Valores Institucionales	8
III.	Red Asistencial Salud Oriente	9
IV.	Nuestra Comuna	10 - 11
V.	Nuestra Red de Salud Comunal 2020	12
V.	Diagnóstico de Salud	13- 53
A.	Diagnóstico Epidemiológico	13 - 20
A.1	Estructura Poblacional	13- 16
A.2	Pueblos Originarios	16 – 19
A.3	Población Inmigrante	19 – 20
B.	Indicadores Socioeconómicos	20 - 24
C.	Indicadores Biodemográficos	25 - 47
C.1	Indicadores de Natalidad	25 -26
C.2	Indicadores de Mortalidad	26 - 35
C.3	Indicadores de Morbilidad	36 - 39
C.3.1	Morbilidad de APS del SSMO	36 - 40
C.3.2	Egresos Hospitalarios	40 - 42
C.3.3	Consultas de Morbilidad en Ñuñoa	43 - 46
D.	Diagnósticos Participativos de la Comuna	47-54
D.1	Diagnóstico Participativo CESFAM Rosita Renard	47-50
D.2	Diagnóstico Participativo CESFAM Salvador Bustos	51-53
VI.	Cartera de Prestaciones de Centros de Salud Familiar	54-55
VII.	Cartera de Prestaciones de COSAM ÑUÑO A	56
VIII.	Priorización de Problemas de Salud	57-82
IX.	Centro Diurno del Adulto Mayor	83
X.	Programación CESFAM Salvador Bustos y CUÑ	84 -114
XI.	Programación CESFAM Rosita Renard y SAPU	115-149
XII.	Planificación COSAM	150-159
XIII.	Programación Numérica CESFAM Rosita Renard y SAPU	160-164
XIV.	Programación Numérica CESFAM Salvador Bustos y CUÑ	165-182
XV.	Plan de Comunal de Capacitación 2020	183-189
XVI.	Dotación Salud 2020	190-191
XVII.	Presupuesto de Salud 2020	192

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 2020, se elabora el presente documento como herramienta para los equipos de Salud puedan orientar las actividades a realizar durante el año.

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, permitiendo considerar sus decisiones y opciones al momento del proceso clínico. En síntesis, el usuario está en el centro del accionar, generando coordinaciones con los distintos participantes de la red de salud, 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 en el señalados.

En este contexto, se ha fortalecido a lo largo del curso de vida, 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.

En base a la información del Censo 2017, se modifica la tendencia del CENSO 1992 y CENSO 2002. En primer lugar, se aprecia un 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, pues 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% en CENSO del 2002, al 20,7% en CENSO 2017. Esto, probablemente 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 sobrevivencias que las 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, que si bien alcanza a alrededor del 40% de la población de Ñuñoa, corresponde a la población más vulnerable y por tanto, prioritaria.

DESAFIOS 2020

ACTIVIDADES DE REFORZAMIENTO:

- Atención Médica en CECOSF Villa Olímpica:
Reforzamiento con horas médicas en atención vespertina y sábado AM.
- Crecientes demandas de nuestros usuarios en condición de Dependencia Severa:
Reforzamiento con Equipo de Atención Domiciliaria para cada Centro de Salud (médico, Enfermera, Kinesiólogo/a y TENS).
- Acceso a un Sistema de Gestión de la Demanda que resuelva las necesidades de los usuarios adultos mayores.
Plataforma telefónica con atención de telefonista del CESFAM, que permita resolver dudas, solicitud de recetas u horas médicas preferenciales.
- Refuerzo con 66 horas médicas a cada CESFAM, exclusivo para Adultos mayores.
- Alta demanda especialidad de Psiquiatría en COSAM:
Refuerzo de 33 horas de psiquiatra.

ACTIVIDADES DE INFRAESTRUCTURA:

- Traslado del CESFAM Salvador Bustos, del Centro de Urgencia de Ñuñoa y del Laboratorio Comunal, a las dependencias del Centro Asistencial de Ñuñoa, previsto para el primer semestre 2020.
- Re postulación de Reposición de CESFAM Rosita Renard

INNOVACIÓN:

- Acercar polos de beneficios y atenciones a la comunidad usuaria de Ñuñoa, en las dependencias del Centro Asistencial de Ñuñoa, tales como Oficinas de FONASA, Chile Atiende, Botica de Ñuñoa y Óptica.
- Boticas de Ñuñoa en Instalaciones de CECOSF Villa Olímpica y CECOSF Amapolas.
- Adecuación de las instalaciones del actual CESFAM Salvador Bustos, para el nuevo Centro Diurno del Adulto Mayor, dirigido a realizar actividades Promocionales y Preventivas, teniendo como eje el concepto de envejecimiento activo, lo que se encuentra desarrollado en detalle en el presente documento.

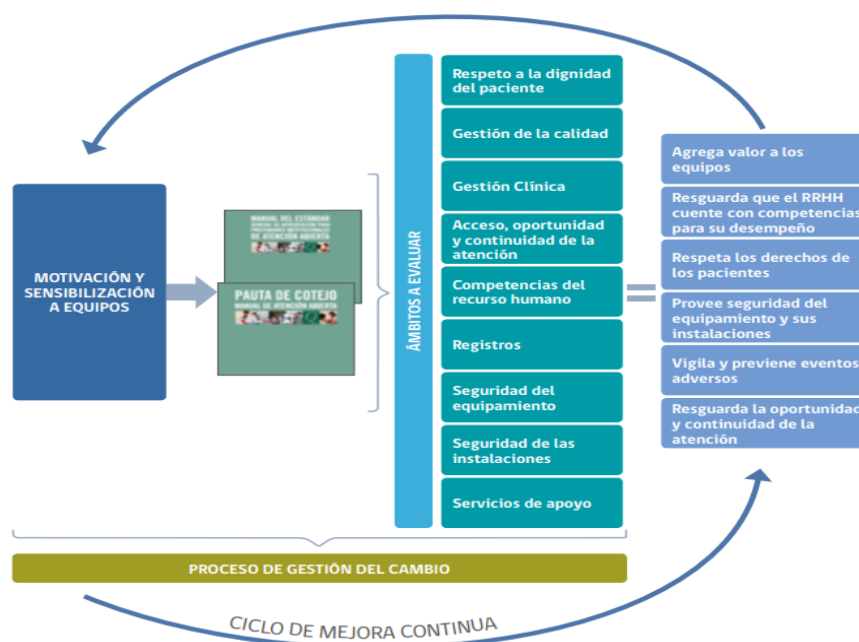


Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria

- Nuestros Centros de Salud trabajan bajo el modelo de Salud familiar desde el año 1998, poniendo al centro de nuestro quehacer al usuario y sus familias, fortaleciendo la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, la integralidad de las acciones a lo largo del curso de vida, optimizando así, el uso de los recursos en nuestro quehacer. Esto lo hemos plasmado articulando a través de los equipos de sector, el trabajo comunitario y a contar de este año, la distribución de las familias por médicos de cabecera dentro del mismo sector, facilitando la continuidad en el cuidado de los mismos.
- La capacitación y fortalecimiento del equipo de salud en conceptos, herramientas y estrategias en salud familiar, es clave al momento de la planificación e integración, así como la articulación de nuestros centros al interior de la Red Asistencial.

Calidad en la Atención de Salud

ILUSTRACIÓN 11: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CALIDAD



Orientaciones para la Planificación

- Los Centros de Salud Familiar de nuestra comuna se encuentran Re Acreditados, a contar del año 2019.

La acreditación de prestadores institucionales es parte de la cuarta garantía de calidad de las patologías GES, que asegura a los usuarios atención con estándar de Calidad.

Es por eso que nuestros CESFAM comienzan a trabajar desde el año 2012 en Proyecto Piloto impulsado por MINSAL para comenzar a preparar a los CESFAM del Servicio Oriente para la acreditación.

Esto significó estandarizar nuestros procesos más críticos y comenzar a medir y mejorar nuestros resultados.

Es por eso que nuestros Centros iniciaron su preparación y acreditaron por primera vez el año 2015, abril Salvador Bustos y octubre Rosita Renard, con un resultado global de 87% y 71% respectivamente.

Luego de este logro se debe mantener y mejorar nuestros procesos solicitando la reacreditación después de 3 años del primer proceso, obteniéndose nuevamente con excelentes resultados, CESFAM Salvador Bustos con un resultado global de 98% en septiembre 2018 y Rosita Renard en abril 2019 con 95% global.

A pesar de que no es una exigencia la acreditación de Atención abierta de baja complejidad, ambos Centros han implementado un sistema de evaluación periódica de procesos, realizando las mejoras requeridas más allá de lo solicitado en un estándar de acreditación, si no como la implementación de una cultura de Calidad que tiene como objetivo otorgar una atención más segura, oportuna y de mejor calidad para los usuarios de nuestra comuna.

Nuestro próximo desafío en el año 2021 y 22 lograr un resultado global superior al 95% que es lo exigido en un tercer proceso de acreditación.
- El concepto de calidad multidimensional, plantea el desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando y satisfaciendo al usuario. Esto ha implicado la aplicación de ciclos de mejora, liderazgo facilitador y positivo de las jefaturas, coordinadores, jefes de sector, encargados de calidad, participación transversal de los encargados de los diferentes procesos, trabajo en equipo y compromiso con la tarea. Con esto se logra el desarrollo de una cultura de calidad, modelando el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en los centros de salud. Este es nuestro desafío, mantener nuestros ciclos de mejora continua, en pro de nuestros usuarios y sus familias.

II VISIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD DE ÑUÑO A

SER LA RED COMUNAL LÍDER EN SALUD FAMILIAR DE CHILE.

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.

VALORES INSTITUCIONALES

- RESPETO
- COMPROMISO
- CALIDAD
- EQUIDAD
- INNOVACIÓN

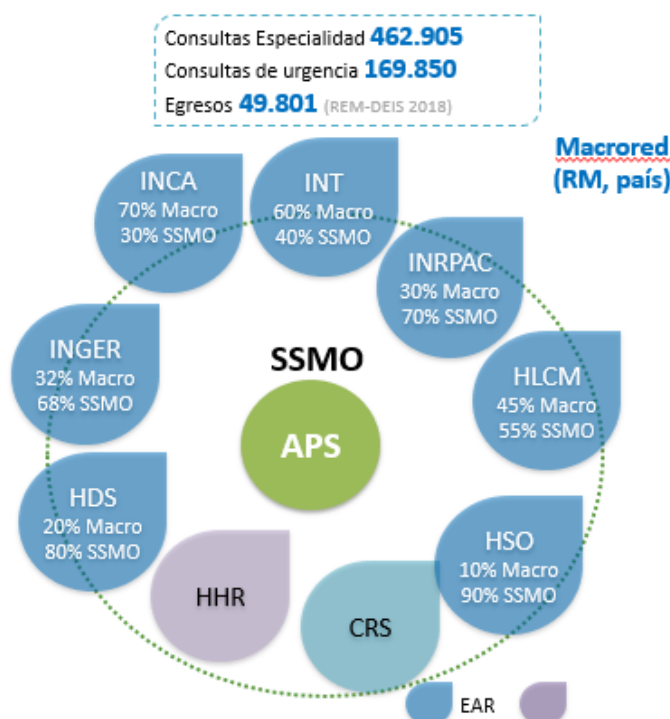
III RED ASISTENCIAL SALUD ORIENTE

La comuna de Ñuñoa es una de las 9 comunas pertenecientes a la Red de salud oriente, representando un 12% del total de la Atención Primaria de todo el Servicio de salud Metropolitano Oriente.

La Red la constituyen 4 hospitales, 4 Institutos de Referencia Nacional y un CRS que conforman los Niveles Secundarios y Terciarios de Atención, así como 20 Centros de Salud Familiar, 8 Centros Comunitarios de Salud Mental, 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 11 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y el Centro de Urgencia Ñuñoa, ubicados en las comunas de Peñalolén, Macul, Ñuñoa, Providencia, La Reina, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea e Isla de Pascua.

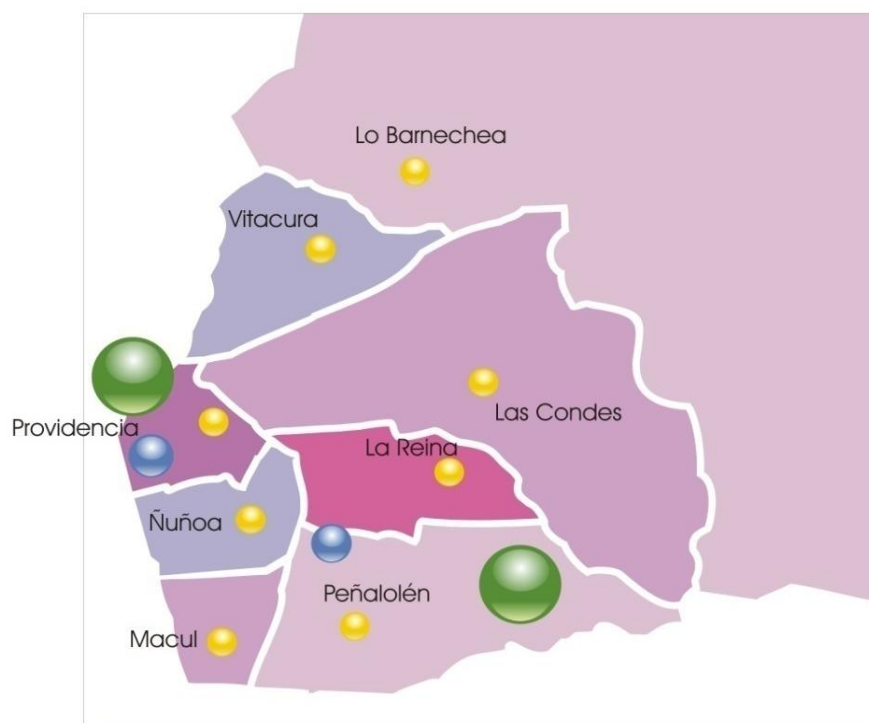
Por lo tanto, la Red de derivación para nuestros pacientes es:

- Hospital del Salvador
- Hospital Santiago Oriente
- Hospital de niños Dr. Luis Calvo Mackenna
- Instituto Nacional del Tórax
- Instituto de Neurocirugía Dr. Asenjo
- Instituto Nacional de Geriatría
- Instituto Nacional de Rehabilitación PAC.
- Centro de Referencia CRS Cordillera



- **1.287.291** Habitantes en Red Oriente
- **613.450** Población Fonasa (48%)

Isla de Pascua



NUESTRA COMUNA

La palabra Ñuñoa viene del mapudungun Ñuñohe, "Lugar de flores amarillas". Fue fundado el 6 de mayo de 1894

Limita al norte con Providencia, al sur con Macul, al poniente con Santiago, al sur poniente con San Joaquín, al suroriente con Peñalolén y al oriente con La Reina.

El territorio geográfico de la comuna es urbano, con una superficie de 16,9 kms².

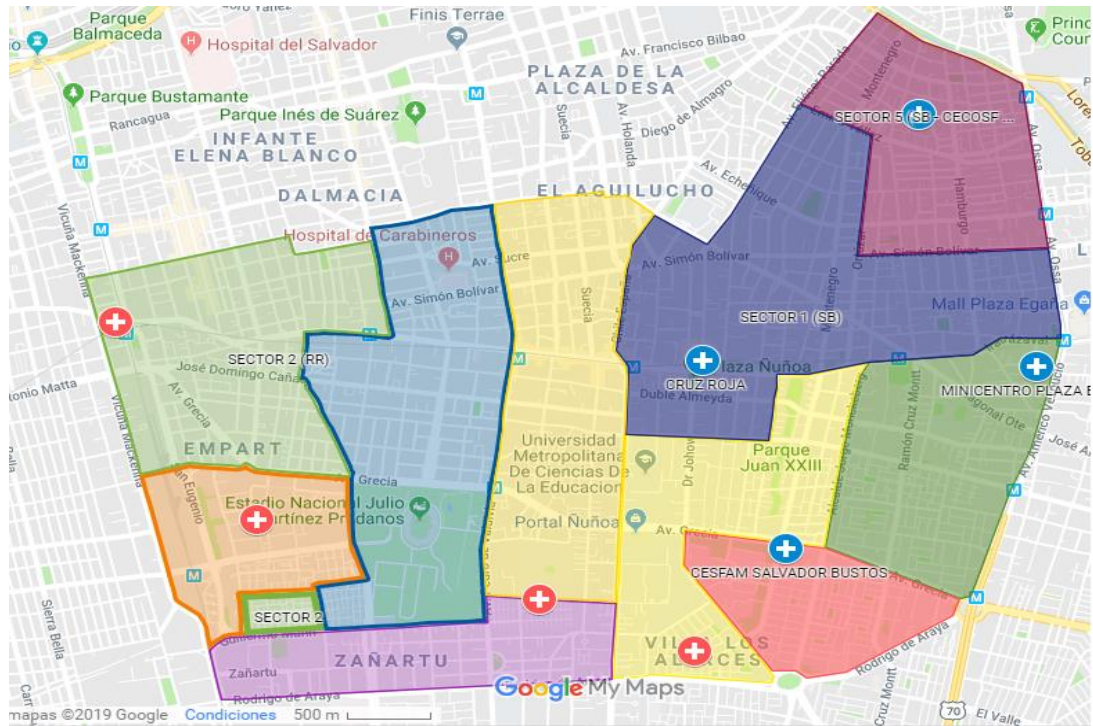
La población comunal calculada tras CENSO 2017 es de 208.237 habitantes, correspondiendo al 2,7% de la población regional y 1,2% nivel País.

La densidad poblacional del año 2018 es de 13.831hbt/kms²

La comuna cuenta con 95 establecimientos educacionales, de los cuales 19 son de dependencia municipal, 35 particulares subvencionados y 30 particulares pagados.

Dentro de la conectividad, contamos con vías principales como son: avenida Macul, Irarrázaval, Grecia, etc. y con 2 líneas de metros como la 3 y 6.

Contamos con 2 Comisarias en la comuna, la 18° Comisaría de Ñuñoa y la 33° Comisaría Libertadores, además de la sección de Investigación de accidentes de Tránsito.



CONTEXTO HISTORICO

A la llegada de Pedro de Valdivia se crean las encomiendas de Macul, Ñuñoa, Tobalahue, Apokintu y Butacura; que sería precursoras de otras zonas territoriales hoy existentes.

En el siglo XVIII se crea el camino Ñuño hue para unir las haciendas, lo que sería la precursora de la actual avenida Irarrázaval, creada en el siglo XIX.

En 1891, por iniciativa de Manuel Irarrázaval se crea la Municipalidad de Ñuñoa. Irarrázaval era un destacado Político Chileno de la época, conservador y parlamentario, promotor de la separación del ejecutivo en labores específicas.

La municipalidad nace con subdelegaciones; Las Condes, Providencia, Santa Rosa, Subercaseaux, etc. La comuna es en realidad madre de otras actualmente existentes. En 1894 se crea la municipalidad de San Miguel dividiendo toda la zona sur.

En 1894 ya se crea definitivamente la comuna de Ñuñoa que se extendía por una importante zona del sector oriente de la ciudad. En 1963 comienza la creación del Municipio de La Reina, Macul, Peñalolén y otras hasta quedar actualmente la zona que comprende hoy en día, pasando de 600 mil a 180 mil habitantes.

IV NUESTRA RED DE SALUD COMUNAL 2020:

La Red de Salud de nuestra comuna estará compuesta por:

- CESFAM SALVADOR BUSTOS Y CENTRO DE URGENCIA DE ÑUÑO A
- CESFAM ROSISTA RENARD y SAPU
- CECOSF AMAPOLAS
- CECOSF VILLA OLÍMPICA
- CENTRO DE SALUD MENTAL Y COMUNITARIO.
- UAPO.
- LABORATORIO CLÍNICO.
- BOTICA DE ÑUÑO A PLAZA ÑUÑO A.
- BOTICA DE ÑUÑO A CECOSF VILLA OLÍMPICA (INAUGURACIÓN SEGUNDO SEMESTRE 2019).
- BOTICA DE ÑUÑO A CECOSF AMAPOLAS (INAUGURACIÓN PRIMER TRIMETRE 2020).
- BOTICA DE ÑUÑO A EDIFICIO CLÍNICO DE ÑUÑO A (INAUGURACIÓN MAYO 2020).
- CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE ÑUÑO A. (INAUGURACIÓN SEGUNDO SEMESTRE 2020).

V DIAGNÓSTICO DE SALUD

A. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO:

1. ESTRUCTURA POBLACIONAL:

La estructura de la población de Ñuñoa se ha ido modificando hacia un envejecimiento progresivo, si bien en los últimos años han aumentado los menores de 15 años a cifras de casi 15 %, esto es menor a las cifras del servicio de Salud Metropolitana Oriente, de la Región Metropolitana y del País. En relación a la población de los mayores de 64 años, también constituyen un grupo porcentual similar, tal como se observa en la Tabla N° 1, siendo porcentualmente mayores en los mismos grupos poblacionales a comparar. Esto determina de manera sustancial nuestra demanda y principales problemas sanitarios.

TABLA N°1: ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN CENSO 2017

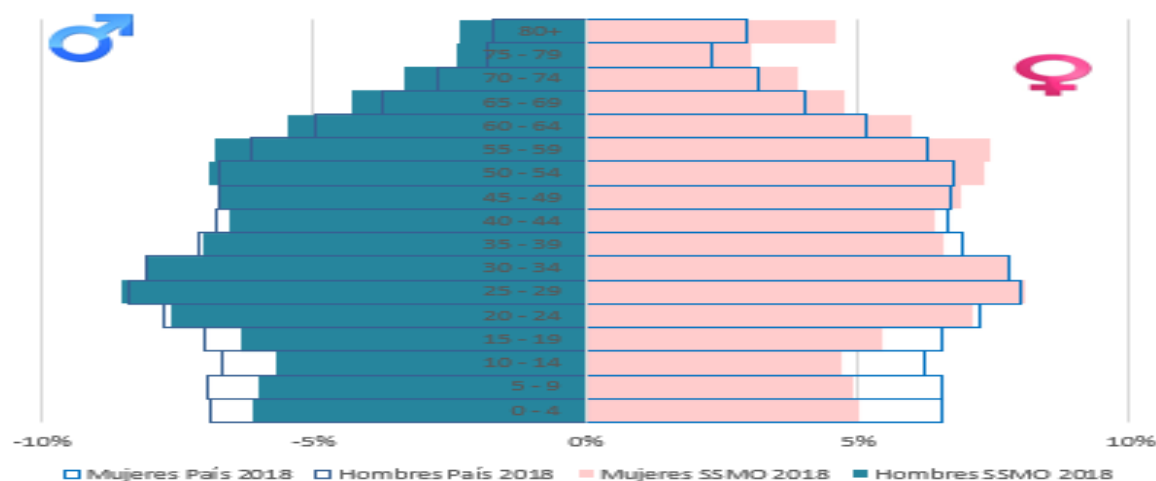
INDICADOR	AÑO 2017				
	POBLACIÓN	ÑUÑOA	SSMO	RM	PAÍS
ESTRUCTURA POBLACIONAL	TOTAL	208.237	1.295.041	7.112.808	17.574.003
	< de 15 años	31.000	220.951	1.377.726	3.523.750
	15 años y <65 años	146.828	895.999	4.967.705	12.046.997
	65 años y más	30.409	178.091	767.377	2.003.256
%	< de 15 años	14,8%	17,06%	19,37%	20,05%
	15 años y < 65 años	70,5%	69,19%	69,84%	68,55%
	65 años y más	14,6%	13,76%	10,79%	11,4%

Este envejecimiento poblacional, es aún más evidente en la población inscrita en los Centros de Salud Familiar de Ñuñoa, que en agosto 2019, es de 73.149 inscritos.

A continuación, se observa en primer lugar la pirámide poblacional del país y del SSMO, esta última con barras sólidas y que muestra un aumento de la población adulta y adulta mayor, especialmente femenina.

GRÁFICO N° 1: COMPARACIÓN PIRÁMIDE POBLACIONAL PAÍS Y SSMO AÑO 2018, FUENTE INE.

Comparación de Pirámides Poblacionales INE SSMO-País año 2018



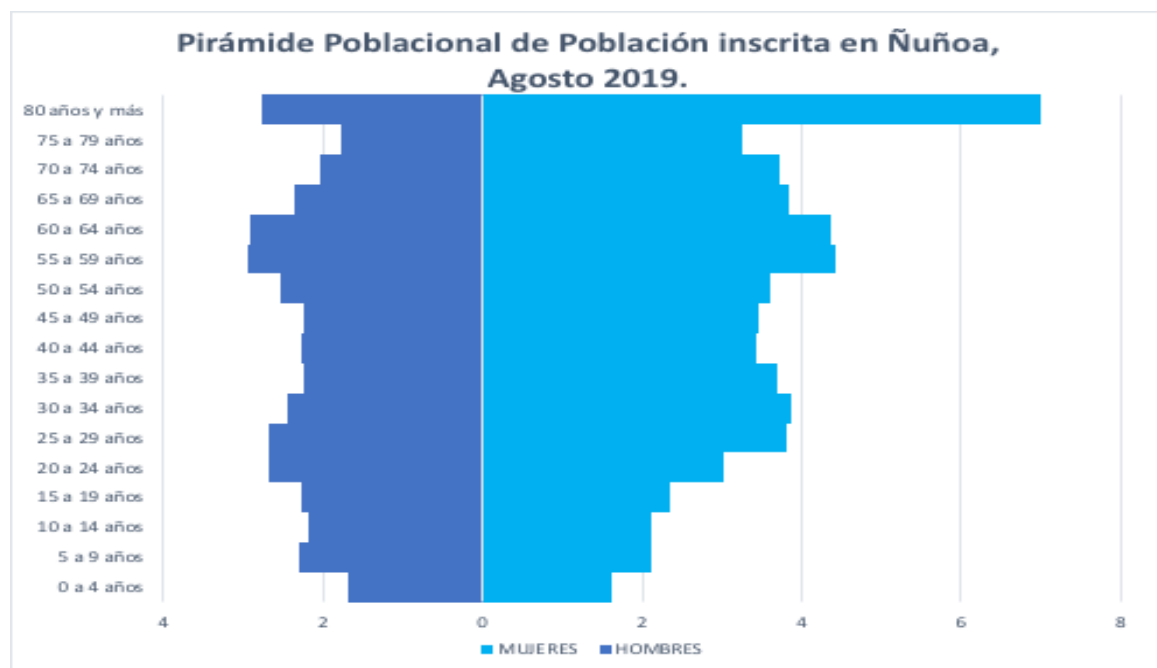


GRÁFICO N° 2: PIRÁMIDE POBLACIONAL USUARIOS INSCRITOS EN ÑUÑO A, AGOSTO 2019

La pirámide poblacional de los usuarios inscritos en Ñuñoa, evidencia un estrechamiento muy marcado en el grupo menor de 20 años, aumentando hacia los grupos adultos y adultos mayores, especialmente en población femenina y en tramo etario en 80 años y más. Esto evidentemente refleja el envejecimiento de nuestra población usuaria.

A continuación se presentarán las cifras de población inscrita a Agosto 2019 para cada CESFAM y el consolidado comunal.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 9	1.374	51,1%	1.315	48,9%	2.689	6,7%
10 a 14	861	51,5%	812	48,5%	1.673	4,3%
15 a 19	909	48,6%	963	51,4%	1.872	4,9%
20 a 44	4.535	41,3%	6.444	58,7%	10.979	28,6%
45 a 64	3.861	38,4%	6.199	61,6%	10.060	26,2%
65 y más	3.556	32%	7.563	68,%	11.119	28,9%
Total	15.099	39,4%	23.297	60,6%	38.454	100,0%

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN CESFAM SALVADOR BUSTOS, AGOSTO 2019.

La población menor de 15 años del CESFAM Salvador Bustos es de un 11%, y su población de 65 y más años es de casi 29%. Además, destaca que el 60% de su población inscrita, es población de sexo femenino.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%		
0 a 9	1.543	4,5%	1.395	4,1%	2.938	8,6%
10 a 14	711	2,1%	731	2,1%	1.442	4,2%
15 a 19	779	2,3%	757	2,2%	1.536	4,5%
20 a 44	4.345	12,7%	6.421	18,8%	10.766	31,4%
45 a 64	3.852	11,2%	5.320	15,5%	9.173	26,8%
65 y más	2.965	8,7%	5.423	15,8%	8.388	24,5%
Total	14.195	41,5%	20.047	58,5%	34.243	100,0%

TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN CESFAM ROSITA RENARD, AGOSTO 2019.

La población menor de 15 años del CESFAM Rosita Renard es de un 12,8%, ligeramente mayor que en Salvador Bustos. Además, los mayores de 65 años corresponden a alrededor del 25% de los inscritos. También destaca que el 58% de su población es sexo femenino.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 9	2.914	4,0%	2.726	3,7%	5.640	7,7%
10 a 14	1.598	2,2%	1.545	2,1%	3.143	4,3%
15 a 19	1.657	2,3%	1.715	2,3%	3.372	4,6%
20 a 44	9.016	12,3%	13.050	17,8%	22.066	30,2%
45 a 64	7.771	10,6%	11.589	15,8%	19.361	26,5%
65 y más	6.532	8,9%	13.036	17,8%	19.568	26,8%
Total	29.488	40,3%	43.661	59,7%	73.150	100,0%

TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN COMUNA DE ÑUÑO A, AGOSTO 2019.

En los grupos menores de 0 a 19 se mantiene una proporcionalidad entre hombre y mujer, en los grupos mayores de 20 años, se observa en forma gradual el aumento de mujeres versus hombres, siendo una proporción promedio 60% mujeres 40% hombres.

Claramente se puede visualizar que la población inscrita en Ñuñoa es mayoritariamente adulta (75 %) y un 27% de los inscritos es adultos mayor.

En relación al seguro de salud, en Ñuñoa, la población utiliza en un 55% ISAPRE, el SSMO un 50% y el País un 14%. Por otro lado, los usuarios FONASA en ÑUÑO A son el 38%, menor que el porcentaje del SSMO, que tiene un 43% y muy inferior a la situación país con un 78%, tal como se aprecia en la Tabla N° 5.

Sistema de Salud Habitantes de las Comunas de la Red Oriente, Región Metropolitana y País, CASEN 2017

Área	FONASA	FF.AA. y de Orden	ISAPRE	Ninguno (Particular)	Otro sistema	No sabe
La Reina	36,34%	3,06%	57,06%	2,86%	0,21%	0,47%
Las Condes	23,57%	2,72%	70,70%	1,18%	1,12%	0,70%
Lo Barnechea	61,10%	1,21%	32,55%	3,08%	0,77%	1,29%
Macul	68,27%	5,05%	21,71%	3,13%	0,00%	1,84%
Ñuñoa	38,42%	3,00%	54,56%	2,75%	0,48%	0,80%
Peñalolén	72,87%	2,01%	19,17%	3,28%	0,68%	2,00%
Providencia	24,32%	1,59%	70,04%	2,47%	0,89%	0,69%
Vitacura	13,27%	1,97%	82,49%	1,30%	0,77%	0,21%
SSMO	43,19%	2,65%	49,95%	2,47%	0,67%	1,07%
Región Metropolitana	71,05%	1,99%	21,54%	3,61%	0,53%	1,28%
País	78,04%	2,14%	14,36%	2,84%	0,63%	1,99%

TABLA N°5: DISTRIBUCIÓN DE LOS HABITANTES DE LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS, SEGÚN SISTEMA DE SALUD, CASEN 2017.

A.2 POBLACIÓN ORIGINARIA:

Según información del último censo, a nivel nacional las personas que se declararon perteneciente a algún pueblo originario, representan un 12,4% de la población. En la Región Metropolitana la cifra es cercana al 10%. Las comunas con mayor porcentaje son Peñalolén y Macul, con un 12, 6 y 9,9% respectivamente. En la comuna de Ñuñoa, esta cifra es del 6,8%, con un poco más de 14 mil personas, siendo la segunda comuna con mayor representación de los pueblos originarios, en términos absolutos, después de Peñalolén, tal como se aprecia en la Tabla N°6.

Pueblos originarios en la Red Oriente, Región Metropolitana y País, CENSO 2017

Comuna	Población	Nº	%
Lo Barnechea	105.833	5.275	5,0%
Macul	116.534	11.551	9,9%
Ñuñoa	208.237	14.099	6,8%
Providencia	142.079	7.033	5,0%
La Reina	92.787	5.885	6,3%
Las Condes	294.838	9.670	3,3%
Vitacura	85.384	2.413	2,8%
Peñalolén	241.599	30.534	12,6%
Región Metropolitana	7.112.808	695.116	9,8%
Chile	17.574.003	2.185.792	12,4%

TABLA N°6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PUEBLOS ORIGINARIOS EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS, SEGÚN CENSO 2017.

Al analizar la población inscrita en Ñuñoa, sólo 559 personas, al momento de la inscripción, se declararon pertenecientes a algún pueblo originario, lo que claramente refleja un subregistro, representando solo un 0,8 % de la inscripción per cápita. Los Pueblos originarios declarados, se reflejan en la Tabla N° 7 y Gráfico N° 3, siendo el Pueblo Originario Mapuche sobre el 70% de lo declarado.

Pueblos originarios declarados en población inscrita en Ñuñoa, agosto 2019.

Pueblos originarios	CESFAM Salvador Bustos	CESFAM Rosita Renard	Total
Aymara	10	5	15
Colla	4	1	5
Diaguita	10	9	19
Kawésqar	6	7	13
Lican Antai (Atacameño)	6	8	14
Mapuche	178	238	416
Quechua	6	6	12
Rapa Nui (Pascuense)	7		7
Yagán (Yámana)	5	1	6
Otro pueblo originario declarado	9	13	22
Otro	19	11	30
Total general	260	299	559

TABLA N°7: DISTRIBUCIÓN DE PERTENENCIA A PUEBLOS ORIGINARIOS, DE INSCRITOS EN CESFAM DE ÑUÑO, AGOSTO 2019.

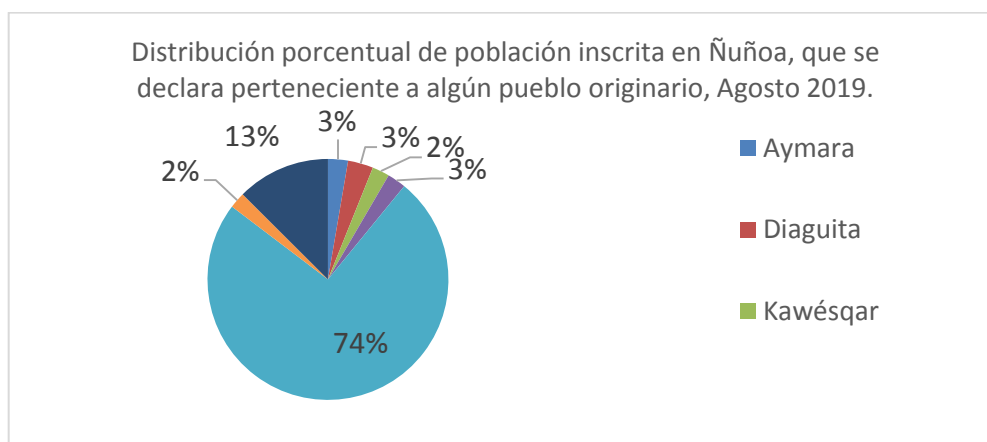


GRÁFICO N°3: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN ÑUÑO, QUE SE DECLARA PERTENECIENTE A PUEBLOS ORIGINARIOS, AGOSTO 2019.

A.3 POBLACIÓN MIGRANTE

La población inmigrante a nivel nacional, según cifras del CENSO 2017, representa el 4,47% de la población, siendo de casi un 7% para la Región Metropolitana y de un 15,8% para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, con excepción de Rapa Nui (promedio de las Comunas). A nivel de las comunas del Área Oriente, se destacan Vitacura, Providencia, Lo Barnechea y Las Condes, con cifras de más del doble del nivel nacional. Ñuñoa del total de su población, 16.289 personas son nacidas fuera del país, correspondiendo al 7,82% del total de la población de la comuna. Ver Tabla N° 8.

NOMBRE REGIÓN RESIDENCIA HABITUAL ACTUAL	Población Total	TOTAL POBLACIÓN NACIDA FUERA DEL PAÍS	%
País	17.574.003	784.685	4,47%
Región Metropolitana	7.112.808	486.568	6,84%
LA REINA	92.787	5.414	5,83%
LAS CONDES	294.838	31.012	10,52%
LO BARNECHEA	105.833	10.846	10,25%
MACUL	116.534	6.562	5,63%
ÑUÑO A	208.237	16.289	7,82%
PEÑALOLÉN	241.599	10.877	4,50%
PROVIDENCIA	142.079	15.755	11,09%
VITACURA	85.384	9.517	11,15%

TABLA N°8: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INMIGRANTE A NIVEL PAÍS, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNAS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE. CENSO 2017.

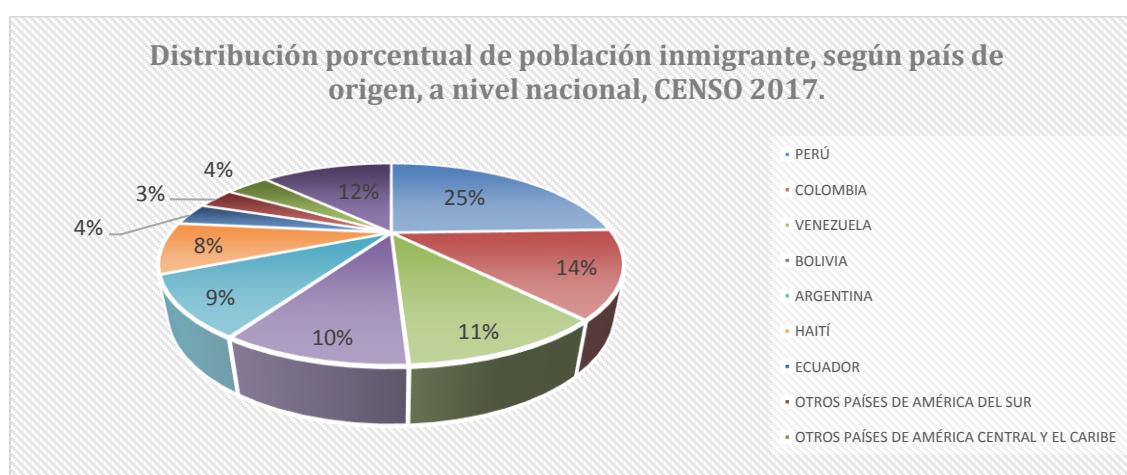


GRÁFICO N°4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE A NIVEL NACIONAL, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, CENSO 2017.

Tal como se observa en el gráfico N° 4, a nivel nacional, la población inmigrante en un 25% proviene de Perú, en un 14% de Colombia y luego en un 11% proviene de Venezuela.

El país de origen de la población inmigrante de las comunas pertenecientes al SSMO, según cifras CASEN 2017, corresponde en un 25% a Venezuela, luego en un 22% a Perú y en un 14% a Colombia. Gráfico N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INMIGRANTE RED ORIENTE, CASEN 2017

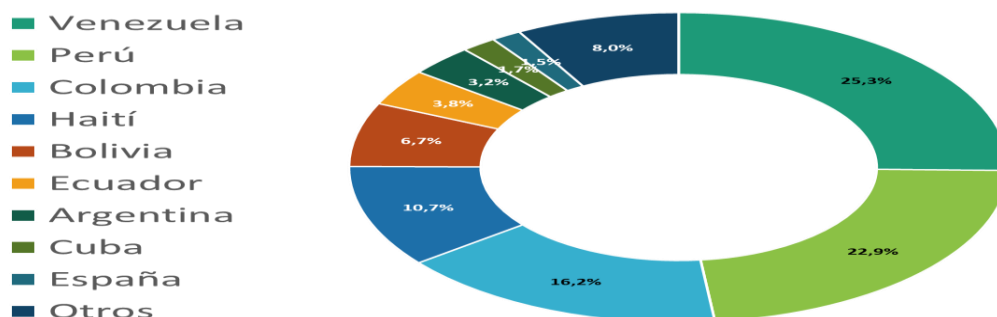


GRÁFICO N°5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE A NIVEL SSMO, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, CENSO 2017.

Al revisar la situación en relación a la población inscrita en los Centros de Salud Familiar de Ñuñoa, nos encontramos con una población inmigrante mayoritariamente de origen de Venezuela, con un 61% y sólo un 14% de origen Peruano., tal como se aprecia en gráfico N° 6.

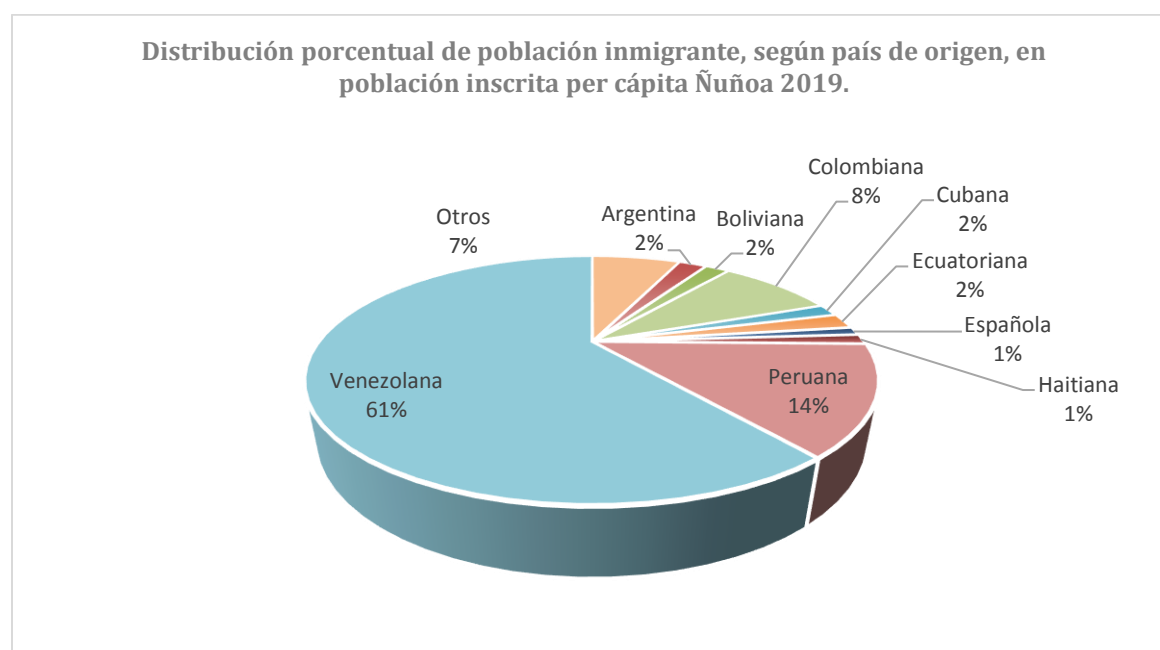


GRÁFICO N°6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE INSCRITA EN CESFAM DE ÑUÑO, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, AGOSTO 2019.

B. 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):
 - Educación
 - Salud
 - Vivienda
 - 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:
 - Educación
 - Salud
 - Vivienda y Entorno
 - Trabajo y seguridad social
 - 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.

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
PEÑ ALOLEN	4.8	20.7

TABLA N°9: POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA POR INGRESOS Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL, SEGÚN INDICADORES COMUNALES CASEN RMS 2015.

Comuna	% Pobreza Multidimensional 2017			
	Hombre	Mujer	Total	2013
Vitacura	3,64%	2,87%	3,24%	0,5%
Ñuñoa	4,93%	5,05%	5,00%	4,3%
Las Condes	3,44%	3,67%	3,56%	4,6%
La Reina	5,52%	5,09%	5,31%	12,8%
Macul	12,76%	10,52%	11,54%	13,7%
Lo Barnechea	20,83%	16,41%	18,41%	14,6%
Providencia	3,11%	3,01%	3,06%	17,6%
Peñalolén	24,23%	21,83%	22,98%	21,3%
SSMO	9,75%	8,82%	9,26%	10,8%
RM	18,49%	17,10%	17,76%	18,0%
País	19,28%	17,98%	18,60%	20,4%

TABLA N°10: POBLACIÓN EN SITUACIÓN POBREZA MULTIDIMENSIONAL, DE LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS, CASEN 2017.

La comuna de Ñuñoa tiene un 5% de situación de pobreza, muy por debajo el porcentaje SSMO (9,26%) el 18,6% país, siendo el 4 lugar más bajo del servicio de salud.

CALIDAD DE VIDA:

- 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% o 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.

DETERMINANTES AMBIENTALES:

- Acceso 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 este 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.

Calidad Global De La Vivienda				
Comuna	Aceptable	Recuperable	Irrecuperable	Sin dato
La Reina	93,37%	5,25%	1,38%	0,00%
Las Condes	97,40%	2,16%	0,00%	0,44%
Lo Barnechea	88,24%	10,65%	1,11%	0,00%
Macul	94,13%	5,87%	0,00%	0,00%
Ñuñoa	98,12%	1,80%	0,08%	0,00%
Peñalolén	87,92%	10,33%	1,74%	0,00%
Providencia	97,15%	2,22%	0,00%	0,63%
Vitacura	98,46%	1,54%	0,00%	0,00%
SSMO	94,44%	4,81%	0,58%	0,17%
RM	90,51%	8,64%	0,76%	0,10%
País	86,72%	12,40%	0,69%	0,19%

TABLA N°11: CALIDAD GLOBAL DE LA VIVIENDA COMUNAS DEL SSMO, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS, CASEN 2017.

El 95% de los hogares continentales de la Red Oriente cuentan con calefón, el 52% con teléfono fijo, el 71% con televisión pagada y el 81% cuenta con computador, el 71% con Smart TV o TV con internet. Si bien existe variabilidad dentro de las comunas del sector orientes, casi todas presentan cifras superiores a la región metropolitana y al país.

Casa	22819	41,70%	23091	25,00%	101,20%
Departamento en Edificio	31144	56,90%	68682	74,50%	220,50%
Pieza en Casa Antigua o Conventillo	235	0,40%	187	0,20%	79,60%
Mejora o Mediagua	73	0,10%	11	0,00%	15,10%
Rancho o Choza	2	0,00%	0	0,00%	0,00%
Ruca o vivienda tradicional indígena	0	0,00%	6	0,00%	
Móvil	6	0,00%	1	0,00%	16,70%
Otro tipo de Vivienda Particular	143	0,30%	143	0,20%	100,00%
Vivienda Colectiva	270	0,50%	127	0,10%	47,00%
Total.	54692	100,00%	92248	100,00%	168,70%

TABLA N°12: DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE VIVIENDAS EN ÑUÑO A, SEGÚN CENSO 2002 Y CENSO 2017, CASEN 2017.

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. 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:

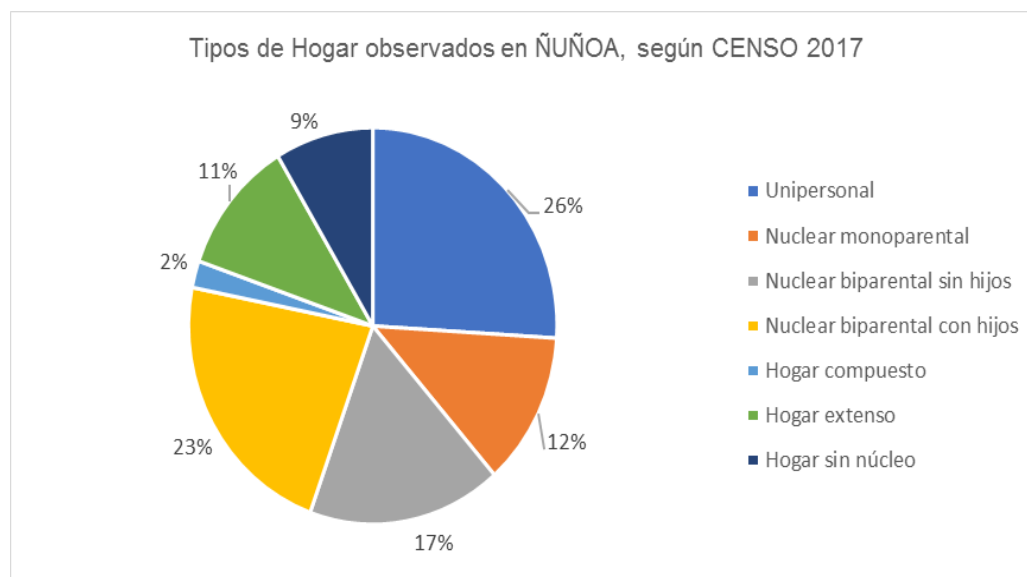


GRÁFICO N°7: TIPOS DE HOGARES OBSERVADOS EN LA COMUNA DE ÑUÑO A, CASEN 2017

Nivel Educativo	SSMO	RM	País
Nunca asistió	3,04%	4,79%	5,05%
Sala cuna	0,67%	0,54%	0,53%
Jardín Infantil	2,10%	1,70%	1,58%
Prekinder/Kínder	2,43%	2,72%	2,57%
Educación Especial	0,25%	0,46%	0,44%
Primaria o Preparatoria	3,03%	4,72%	5,21%
Educación Básica	13,38%	19,25%	22,75%
Humanidades*	3,56%	3,52%	3,23%
Ed. Media Científico-Humanista	15,83%	24,58%	25,90%
Técnica, Comercial, Industrial o Normalista*	0,50%	0,62%	0,72%
Ed. Media Técnica Profesional	3,44%	7,93%	7,25%
Téc. Nivel Superior Incompleto	2,40%	2,89%	2,70%
Técnico Nivel Superior Completo**	6,86%	6,01%	5,32%
Profesional Incompleto	11,30%	7,06%	6,59%
Profesional Completo***	22,91%	10,82%	8,63%
Postgrado Incompleto	1,28%	0,43%	0,30%
Postgrado Completo	6,83%	1,70%	0,99%
No sabe/no responde	0,19%	0,26%	0,25%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

TABLA N°13: NIVEL EDUCACIONAL DE LOS HABITANTES DE LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS, CASEN 2017.

El 98,4% de los habitantes de las comunas continentales de la red saben leer y escribir, esta cifra es levemente superior a la región (97,6%) y el país (96,4%)

A nivel del SSMO se observa un mayor nivel educacional, con casi un 50% con algún tipo de educación superior completo o incompleto, en relación al 36% de la Región metropolitana y sólo el 24% a nivel nacional.

El promedio de años de estudio de los habitantes de Ñuñoa es de 12,5 años, ubicado en el cuarto lugar del SSMO. 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.

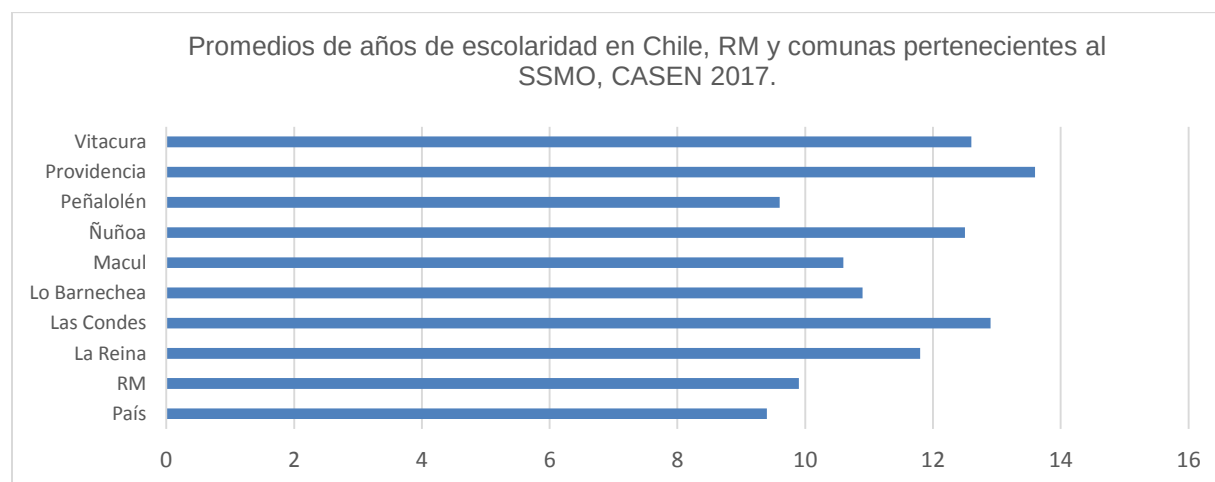


GRÁFICO N°8: PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO EN CHILE, RM Y COMUNAS DEL SSMO, CASEN 2017.

C. INDICADORES BIODEMOGRÁFICOS

C.1 INDICADORES DE NATALIDAD

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.

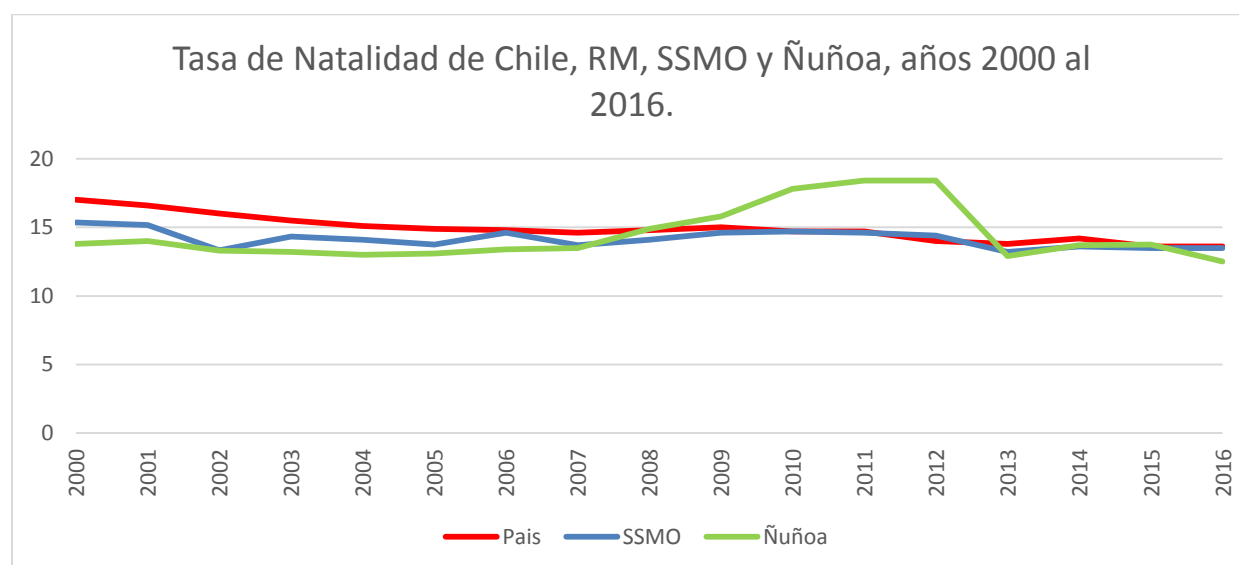


GRÁFICO N°9: TASA DE NATALIDAD DE CHILE, REGIÓN METROPOLITANA, SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE Y COMUNA DE ÑUÑO A, AÑOS 2000 AL 2016, INE.

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.

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%.

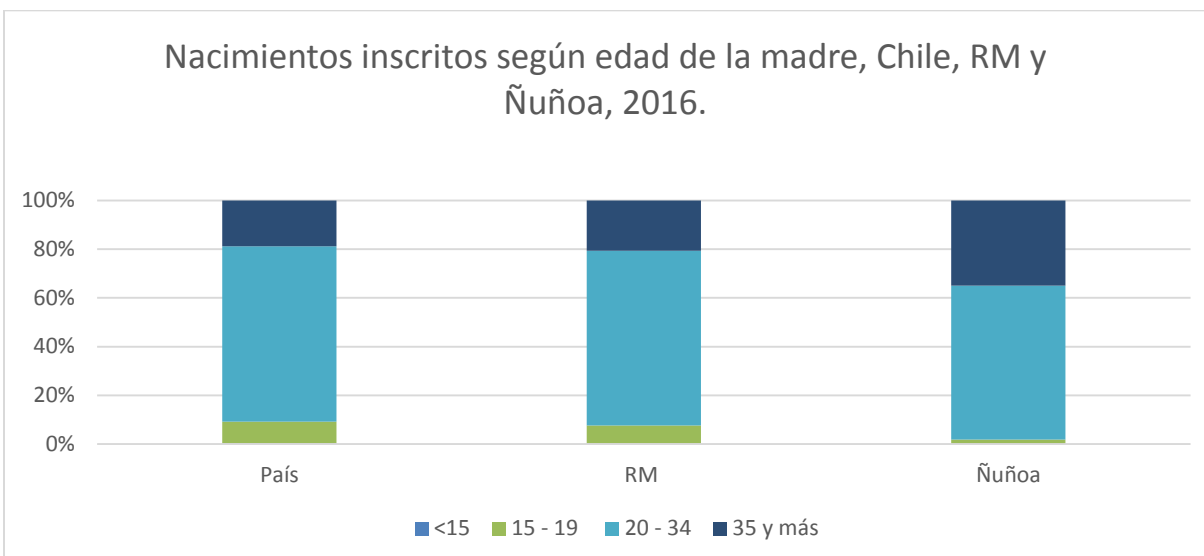


GRÁFICO N°10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS INSCRITOS EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNA DE ÑUÑO A, SEGÚN EDAD DE LA MADRE, AÑO 2016, INE.

C.2 INDICADORES DE MORTALIDAD

La tasa de mortalidad general no da cuenta realmente del fenómeno a nivel poblacional, pues a medida que los años avanzan esta va teniendo una pendiente positiva, (Gráfico N°11, por lo que es muy importante analizarla aislando el proceso de envejecimiento poblacional, lo cual se logra ajustando las tasas a una población estandarizada. Ver gráfico N° 10.

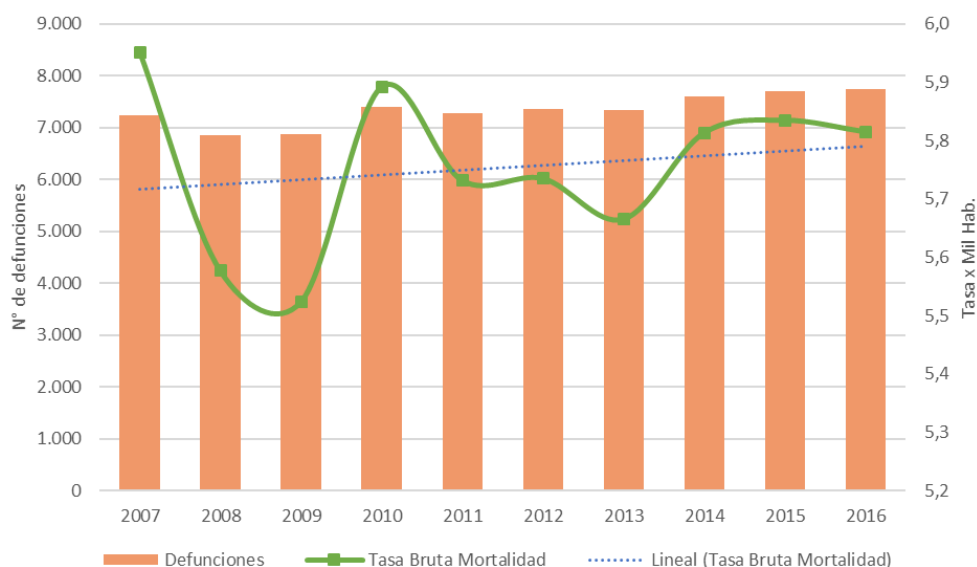


GRÁFICO N°11 EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD GENERAL (DEFUNCIONES-TASA BRUTA) SSMO, PERÍODO 2007-2016.

En este caso, al observar la comparación tasas de mortalidad ajustadas, de Chile y Servicio de Salud Metropolitano Oriente, para el periodo 2011 - 2016, podemos observar la tendencia al descenso de la tasa del SSMO a cifras de 4 por mil habitantes y la mantención de la cifra a nivel nacional en 5,7 por mil, sin variaciones desde el año 2012. Gráfico N° 12.

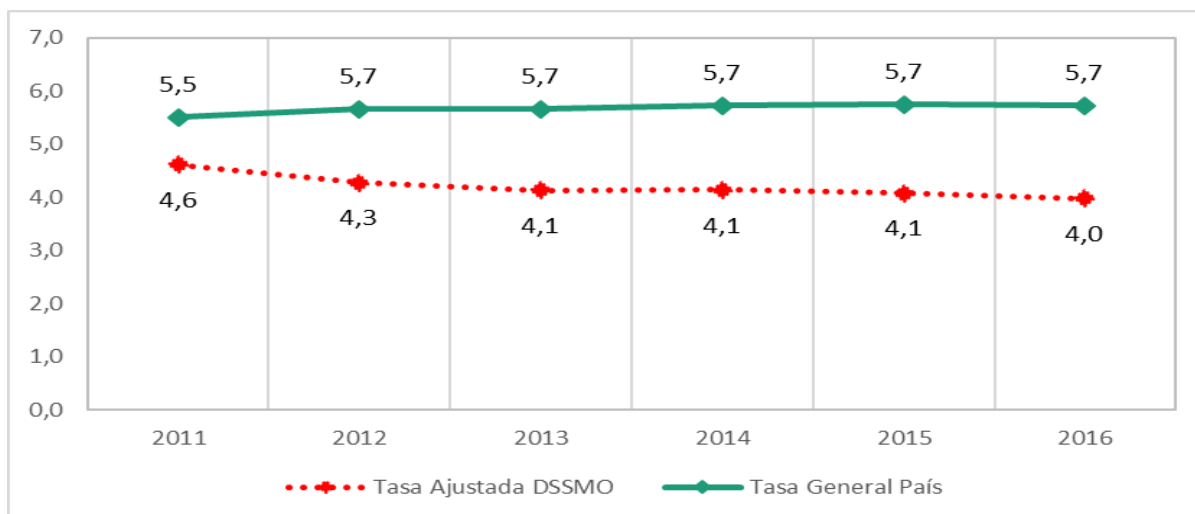


GRÁFICO N°12: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA PARA EL SSMO Y EL PAÍS PERÍODO 2011-2016.

Método de ajuste directo, con población del CENSO 2012

Al analizar el gráfico N° 11 de Tasa Bruta de Mortalidad de las comunas perteneciente al SSMO de los 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 etarias muy diversas, es importante poder realizar esta comparación con Tasas de Mortalidad ajustadas.

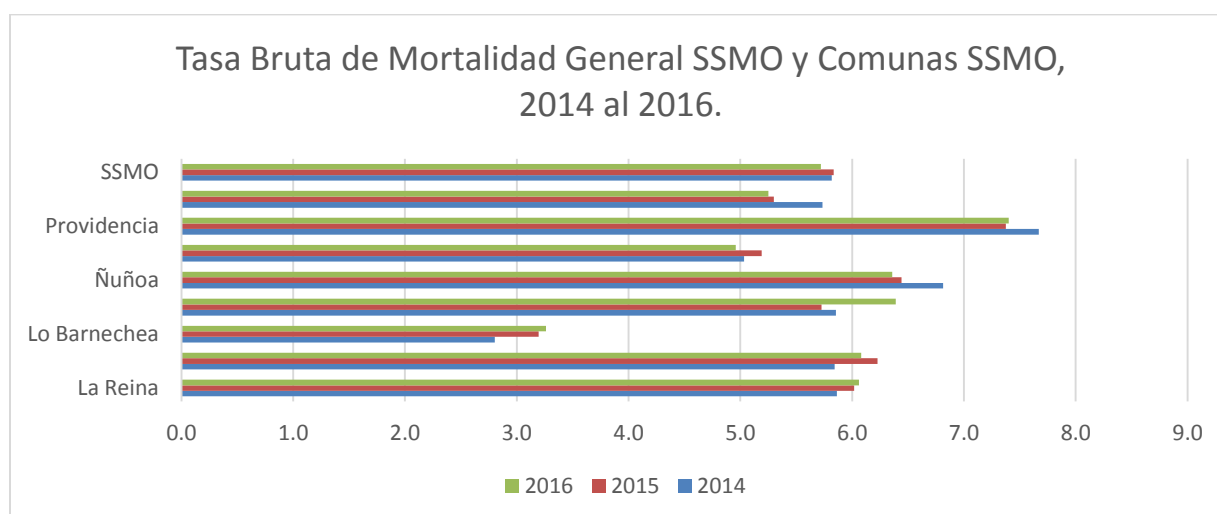


GRÁFICO N°13: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL PARA EL SSMO Y COMUNAS DEL SSMO PERÍODO 2014-2016.

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 su tasa de mortalidad. La comuna de Ñuñoa queda con TA de 4,28 defunciones por mil habitantes y Vitacura con 4,11. Ver gráfico N° 14.

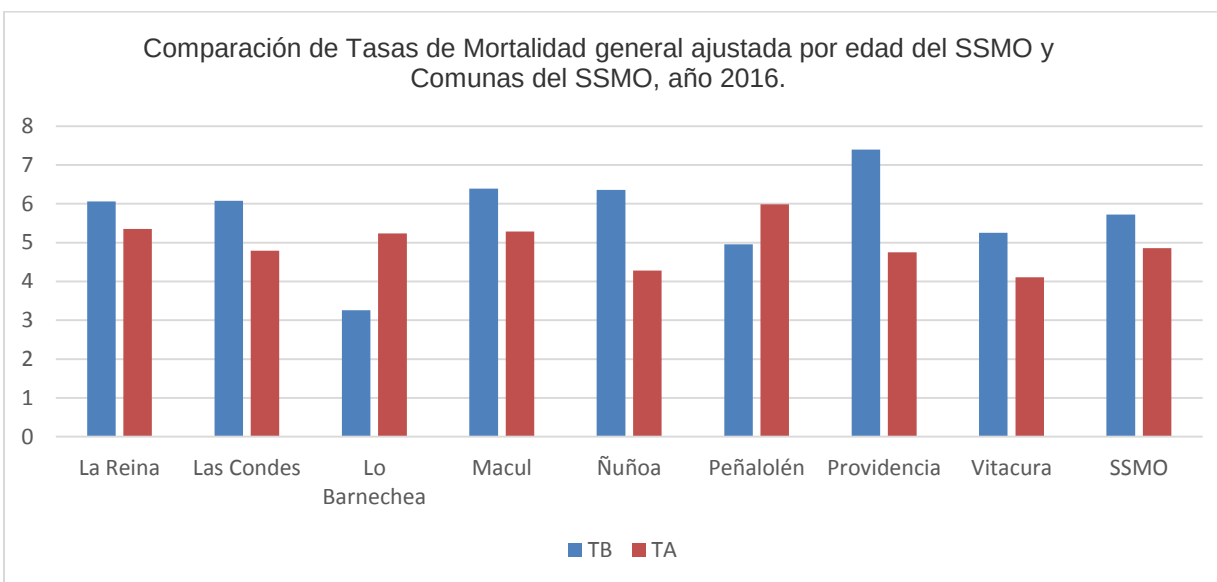


GRÁFICO N°14: COMPARACIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD GENERAL AJUSTADA POR EDAD, PARA EL SSMO Y COMUNAS DEL SSMO PERÍODO 2014-2016.

En la siguiente tabla, se observa el índice de Swaroop para el país, Región metropolitana y las comunas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, destacando en primer lugar, que a nivel nacional, un 73,8% de las defunciones en varones ocurren sobre los 60 años, a diferencia de las mujeres, que esto ocurre en el 84,7% de los defunciones. En segundo lugar, a nivel del SSMO, destacan comunas como Peñalolén con un 71%, Lo Barnechea, con un 76,4 y Macul con un 77,5% de las defunciones de varones sobre los 60 años, contrastando con Vitacura, Providencia y Las Condes.

Área	Índice de Swaroop		
	Ambos Sexos	Mujeres	Hombres
La Reina	87,7	92,0	82,8
Las Condes	88,1	91,8	84,0
Lo Barnechea	80,7	85,0	76,4
Macul	83,3	88,6	77,5
Ñuñoa	88,6	82,4	83,5
Peñalolén	77,9	84,5	71,4
Providencia	88,9	92,9	93,6
Vitacura	89,7	91,7	88,2
Isla de Pascua	78,6	88,1	81,1
Región Metropolitana	78,8	73,3	84,6
País	78,6	84,7	73,8

TABLA N°14: ÍNDICE DE SWAROOP COMUNAS DE LA RED ORIENTE, REGIÓN METROPOLITANA Y PAÍS 2016.
FUENTE: INFORME DE MORTALIDAD GENERAL 2016, DEIS MINSAL

En la Tabla N°15 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%.

Región y Comuna	Mortalidad General			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres			
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Total	Hombres	Mujeres
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%

TABLA N°15: MORTALIDAD GENERAL E ÍNDICE DE SWAROOP SEGÚN SEXO, POR REGIÓN Y COMUNA DE RESIDENCIA. CHILE, 2016

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 N°16: 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		Pos neonatal	
	Defunción menor de 1 año	Tasa*	Defunción menores 28 días	Tasa*	Defunción menores 7 días	Tasa*	Defunción 28 días a 11 meses	Tasa*
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 N°17 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. (DEIS).

	Defunción 0 a 4 Años			Defunción 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 el grupo de mujeres, con una tasa de 24,5 defunciones por cada 100 mil jóvenes de esas edades.

TABLA Nº18: TASA DE MORTALIDAD* EN LA ADOLESCENCIA, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR REGIÓN Y COMUNA DE RESIDENCIA, EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA Y ÑUÑO A. 2016 (* TASA POR 100 MIL HABITANTES) (DEIS).

Región y Comuna	Defunción 0 a 14 años			Defunción 15 a 19 años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
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 19: TASA DE MORTALIDAD DE POBLACIÓN DE ADULTOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, PARA EL PAÍS, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNA DE RESIDENCIA EN ÑUÑO A. 2016 (* TASA POR 10 MIL HABITANTES) (DEIS).

Región y Comuna	Defunción 20 a 44 años			Defunción 45 a 64 años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
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 Nº 20: TASA DE MORTALIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, PARA EL PAÍS, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNA DE RESIDENCIA EN ÑUÑO A, 2016 (* TASA POR MIL HABITANTES) (DEIS).

Región y Comuna	Defunción 65 a 79 años			Defunción 80 y más años		
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
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

Al comparar las tasas de mortalidad específicas de grupos de edades y tasas brutas, de la tabla Nº 16, podemos evidenciar nuevamente, los bajos índices que presenta la comuna de Ñuñoa, en todos los rangos etarios, Incluidos los grupos de 65 años y más.

Fuente: Informe de Mortalidad General 2016, DEGI-DSSMO.

Comuna	0-4 años	5-9 años	10-19 años	20-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	Tasa Bruta
La Reina	0,9	0,3	0,4	0,4	2,8	17,1	109,0	6,1
Las Condes	1,7	0,2	0,1	0,5	2,5	12,3	108,5	6,1
Lo Barnechea	0,4	0,0	0,2	0,6	2,4	18,4	146,9	3,3
Macul	1,3	0,0	0,3	0,7	3,9	16,1	122,9	6,4
Ñuñoa	0,9	0,2	0,2	0,5	2,4	11,2	79,4	6,4
Peñalolén	1,2	0,2	0,3	0,8	4,4	27,6	136,8	5,0
Providencia	3,2	0,2	0,1	0,7	2,9	12,6	65,1	7,4
Vitacura	1,7	0,0	0,0	0,5	1,6	13,2	95,5	5,3
Isla de Pascua	1,8	0,0	0,0	0,4	6,9	26,8	175,0	4,2

TABLA Nº21: TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD, EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE DE SANTIAGO, AÑO 2016.

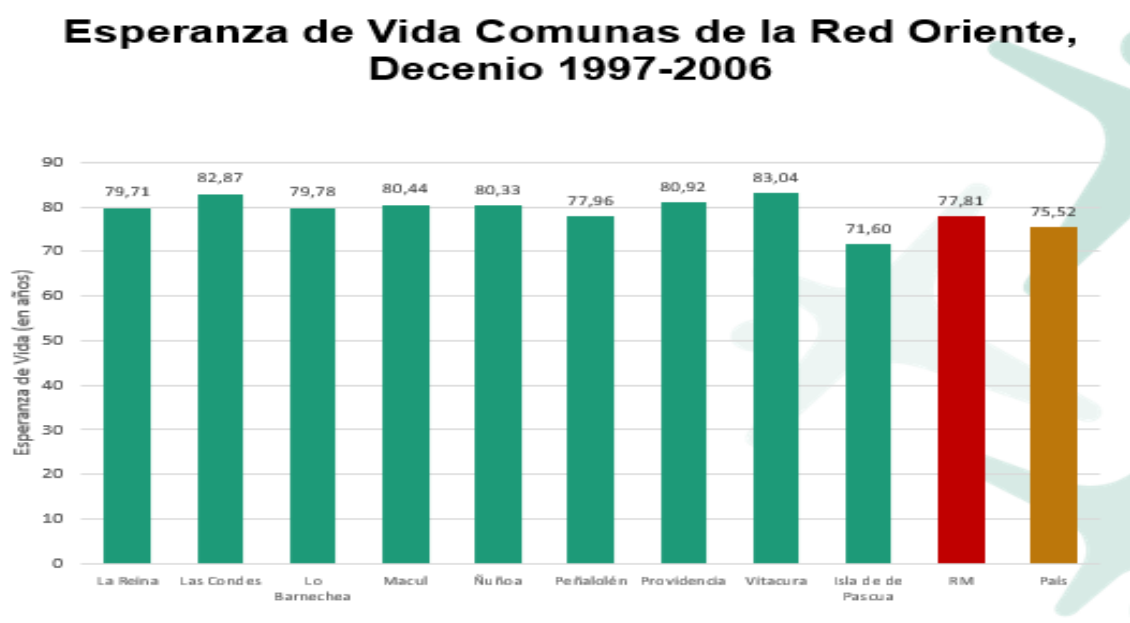
La disminución progresiva de las tasas de mortalidad se ha ido traduciendo en un aumento en la esperanza de vida a l nacer de la población, que es diferenciado según el territorio. Esto lo podemos observar en la Tabla Nº 22.

Área	Sexo	2005	2010	2012	2015	2020
Región Metropolitana	Ambos sexos	78,22	78,52	79,13	79,47	80,11
	Hombres	75,35	75,76	76,58	76,92	77,72
	Mujeres	81,24	81,43	81,79	82,13	82,61
	Ambos sexos	77,51	77,99	78,65	79,05	79,73
País	Hombres	74,65	75,23	76,13	76,52	77,38
	Mujeres	80,53	80,85	81,27	81,69	82,18

TABLA N°22: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA REGIÓN METROPOLITANA Y EL PAÍS, PERÍODO 2005-2020

Fuente: Proyecciones de Población, INE 2015.

Nuestra esperanza de vida es de 80,4 años, siendo superior al promedio país de 78,6. Eso evidencia el gran número de adultos mayores que tenemos en la comuna y sobre todo en situación de dependencia, viviendo en hogares uniparentales o biparentales según lo señala el gráfico N°8.



Fuente: Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS, Depto. Epidemiología MINSAL.

GRÁFICO N°15: ESPERANZA DE VIDA EN RED ORIENTE 1997-2006

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.

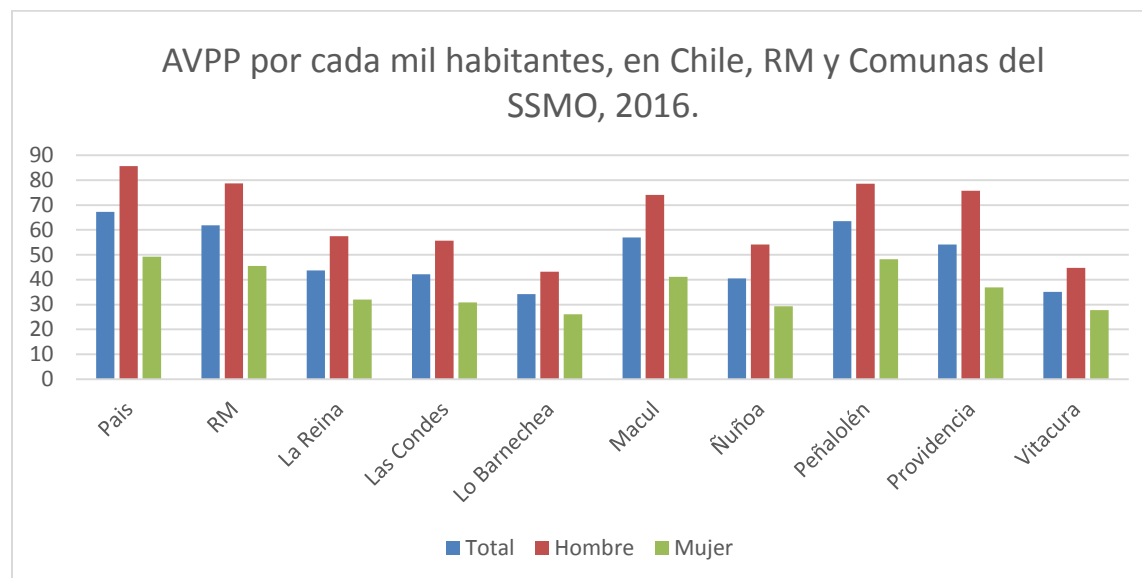


GRÁFICO N°16: AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR CADA MIL HABITANTES, EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNAS DEL SERVICIO METROPOLITANO ORIENTE, 2016.

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%.

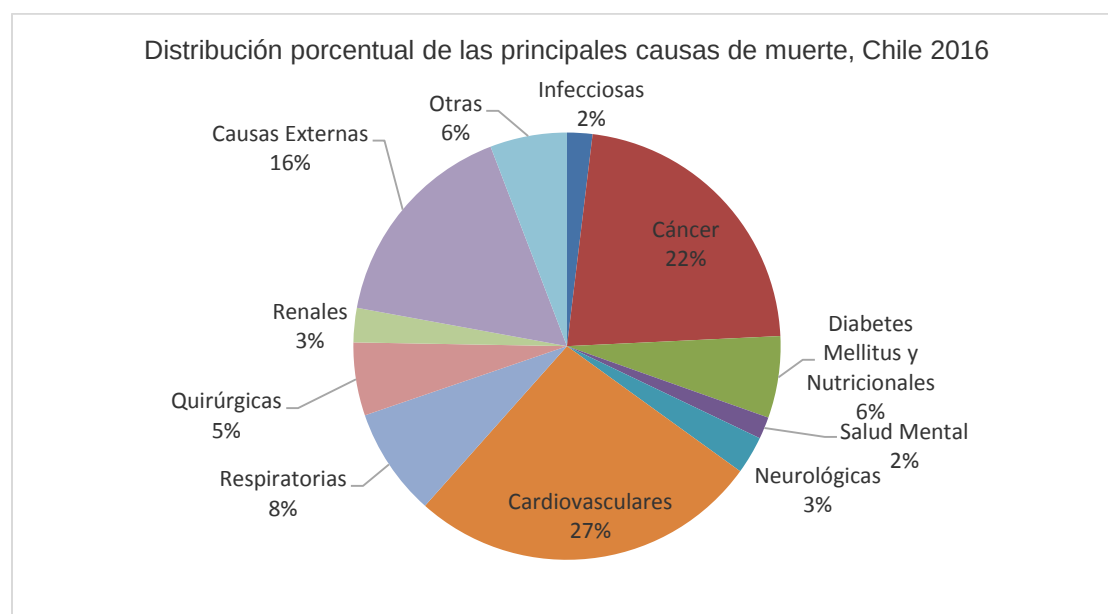


GRÁFICO N°17: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CHILE, AÑO 2016.

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. La Diabetes Mellitus es responsable del 4% de las muertes en varones. 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%.

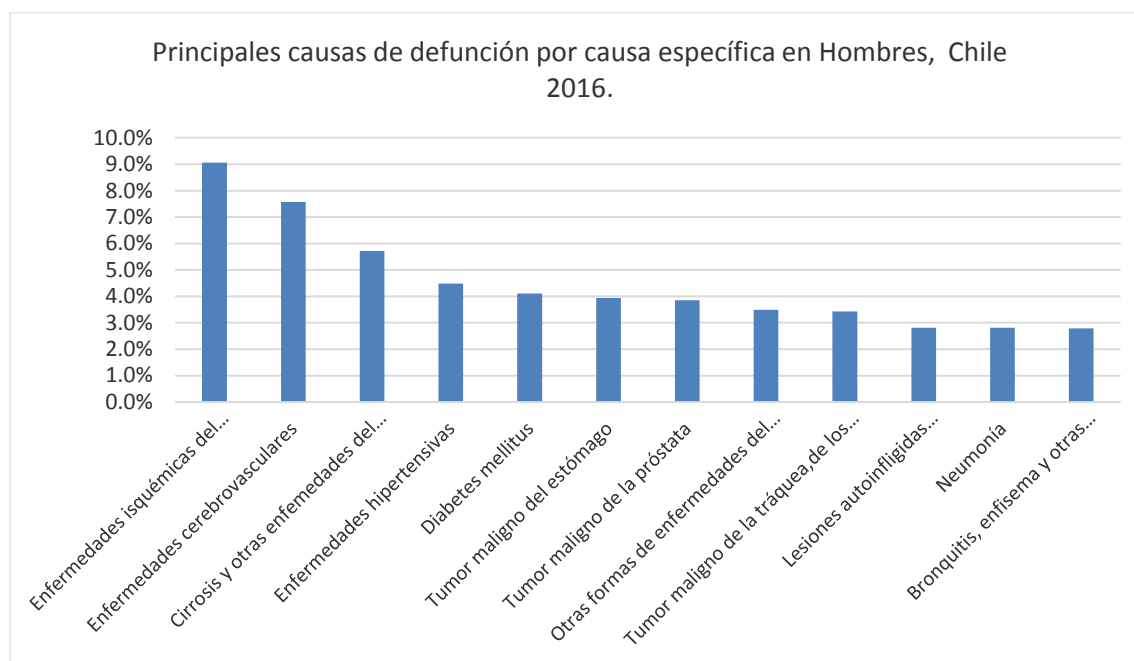


GRÁFICO N°18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MUERTE EN HOMBRES EN CHILE, AÑO 2016.

En relación a los principales diagnósticos como causas específicas de defunción en mujeres, destacan las Enfermedades cerebro vasculares con un 9% y luego Enfermedades Hipertensivas con un 7,5%. 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.

En 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°19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MUERTE EN MUJERES EN CHILE, AÑO 2016

C.3 INDICADORES DE MORBILIDAD

A continuación se resume una serie de indicadores tanto del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, como de nuestros Centros de Salud, en relación a los principales problemas de salud de nuestra población.

C.3.1 INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA:

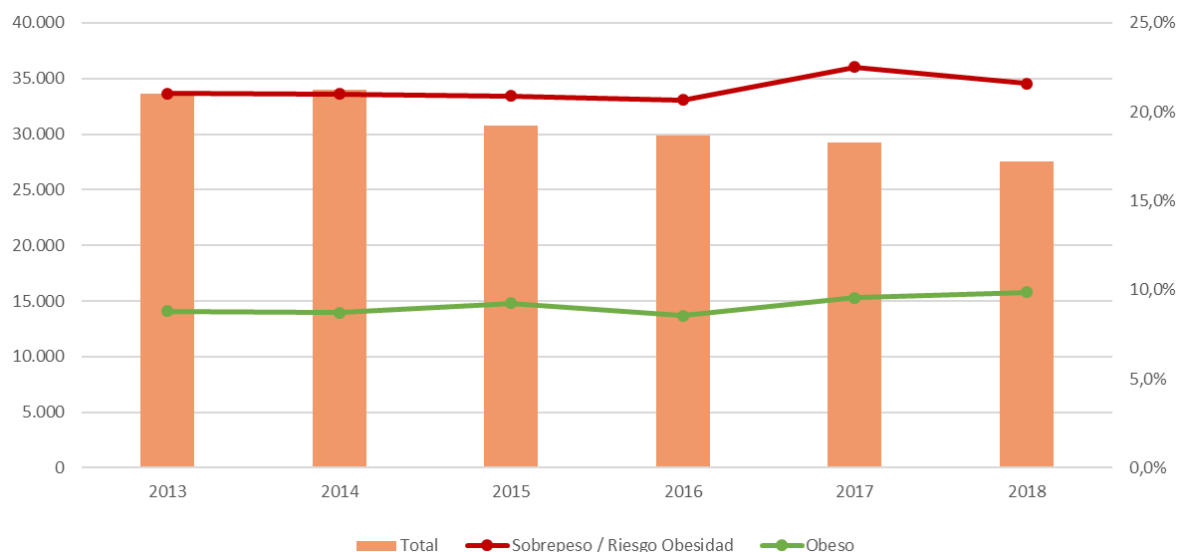


GRÁFICO N°20: POBLACIÓN INFANTIL BAJO CONTROL EN ATENCIÓN PRIMARIA, PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO RED ORIENTE PERÍODO 2013-2018.

Como Red de Salud Oriente, tanto el Sobrepeso como la Obesidad se han mantenido relativamente estables, con pequeñas fluctuaciones.

En CESFAM Salvador Bustos para el 2018- 2019, tenemos un 14,08% de sobrepeso y 6,11% de obesidad en población bajo control menor de 6 años. En CESFAM Rosita Renard, la cifras son de 18.56% de Sobrepeso y 7.88% de Obesidad, ambos más bajos que el promedio de la Red.

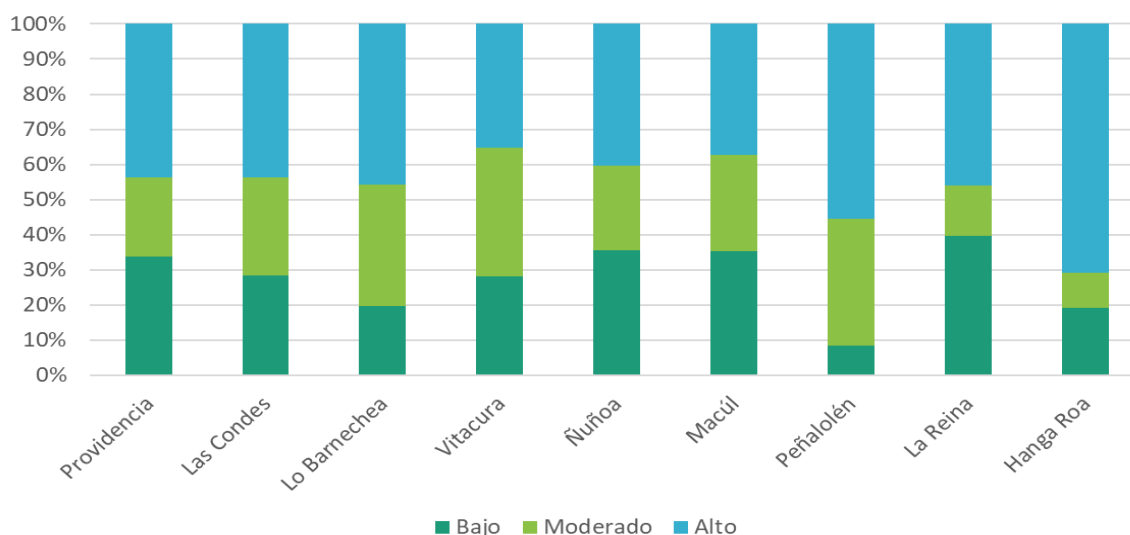


GRÁFICO N°21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN BAJO CONTROL, COMUNAS DE LA RED ORIENTE, DICIEMBRE 2018.

En nuestra comuna el riesgo cardiovascular alto es del 40% de la población, siendo un 60% entre riesgo medio y bajo (25% y 35%), siendo muy similar a Vitacura y Macul.

En relación a las coberturas de hipertensión arterial y porcentaje de compensación de los casos, en las comunas del servicio de salud metropolitano oriente, podemos observar lo siguiente:

Comuna	N° Personas Bajo Control	N° Personas Compensadas	N° Personas esperadas por prevalencia (1)	% de Cobertura Diagnóstico	% Cobertura Efectiva
La Reina	6.246	4.966	8.606	72,58%	57,70%
Las Condes	15.387	12.419	19.615	78,44%	63,31%
Lo Barnechea	4.690	3.629	6.759	69,39%	53,69%
Macul	19.680	13.891	23.808	82,66%	58,35%
Ñuñoa	14.928	10.832	19.231	77,62%	56,33%
Peñalolén	26.586	19.161	39.192	67,84%	48,89%
Providencia	9.758	7.246	15.583	62,62%	46,50%
Vitacura	3.245	2.329	4.783	67,84%	48,69%
Hanga Roa	383	248	1.482	25,84%	16,73%
SSMO	100.903	74.721	139.059	72,56%	53,71%

TABLA N°22: NÚMERO DE PERSONAS BAJO CONTROL POR HTA, ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA Y PORCENTAJES DE COBERTURA A DICIEMBRE DE 2018

Fuente: REM Serie P diciembre 2018 DEGI-DSSMO. [1] Datos 2018.

En Ñuñoa, considerando nuestra mayor población de adultos, hemos ido aumentando paulatinamente el porcentaje de cobertura de Diagnóstico, y de igual modo, se ha reforzado el logro de porcentaje de cobertura efectiva, de modo que de nuestra población Hipertensa que se encuentra bajo control, el 56% efectivamente esta compensada, superior al porcentaje de promedio del SSMO. % de Cobertura efectiva como meta nacional 54%

Comuna	N° Personas Bajo Control	N° Personas Compensadas	N° Personas esperadas por prevalencia (1)	% de Cobertura Diagnóstico	% Cobertura Efectiva
La Reina	2.475	1.311	3.962	62,46%	33,09%
Las Condes	5.692	3.953	9.085	62,65%	43,51%
Lo Barnechea	2.426	1.299	4.301	56,41%	30,21%
Macul	8.538	4.234	12.081	70,67%	35,05%
Ñuñoa	5.217	2.883	8.960	58,23%	32,18%
Peñalolén	11.913	5.813	20.343	58,56%	28,58%
Providencia	3.291	2.012	7.054	46,65%	28,52%
Vitacura	1.105	583	2.239	49,34%	26,03%
Hanga Roa	301	116	836	36,02%	15,20%
SSMO	40.958	22.215	68.861	59,48%	32,26%

TABLA N°23: NÚMERO DE PERSONAS BAJO CONTROL POR DM TIPO II, ESTIMACIÓN DE PREVALENCIA Y PORCENTAJES DE COBERTURA A DICIEMBRE DE 2018.

Fuente: REM Serie P diciembre 2018 DEGI-DSSMO.

En relación con nuestra población bajo control con Diabetes Mellitus tipo II, nuestra cobertura de personas compensadas es de 32,18% muy similar al porcentaje SSMO de 32,26 superando la meta propuesta a nivel de indicador nacional, de un 30%.

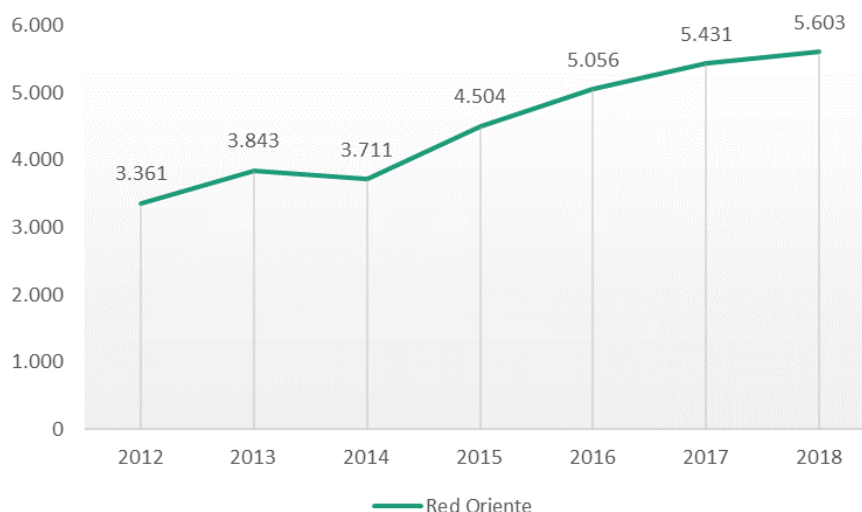


GRÁFICO N°22: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE PERSONAS BAJO CONTROL CON DIAGNÓSTICO DE EPOC, EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED ORIENTE, PERÍODO 2012-2018

Área	Bajo Control Dic. 2018	Casos Esperados por Prevalencia	Cobertura
La Reina	406	1.539	26,38%
Las Condes	581	3.613	16,08%
Lo Barnechea	340	1.614	21,07%
Macul	1.030	4.372	23,56%
Ñuñoa	729	3.379	21,57%
Peñalolén	1.713	7.275	23,55%
Providencia	578	2.773	20,85%
Vitacura	226	998	22,65%
Rapa Nui	111	272	40,84%
Total	5.525	25.834	21,39%

TABLA N°24: POBLACIÓN EN CONTROL, PREVALENCIA ESTIMADA Y COBERTURA EPOC, COMUNAS DE LA RED ORIENTE DICIEMBRE 2018.

Fuente: REM Serie P diciembre 2018 DEGI-DSSMO.

Los pacientes EPOC han ido en aumento (gráfico N° 16) y la cobertura de pacientes en Ñuñoa es de 21,57% muy similar a la cobertura total de SSMO. En Salvador Bustos tenemos 467 pacientes bajo control en Programa y en Rosita Renard 304 pacientes bajo control.

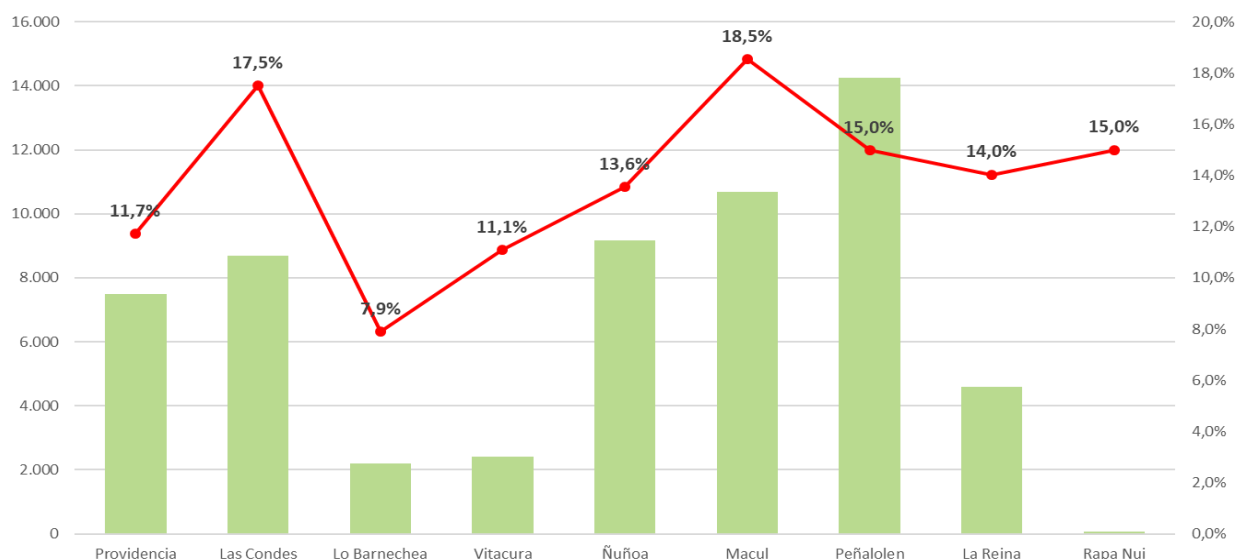


GRÁFICO N°23: POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS BAJO CONTROL EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE Y PORCENTAJE DE DEPENDENCIA DICIEMBRE DE 2018.

En nuestra comuna tenemos un alto número de pacientes con dependencia, siendo el porcentaje está dentro de la media como SSMO (13,6%)

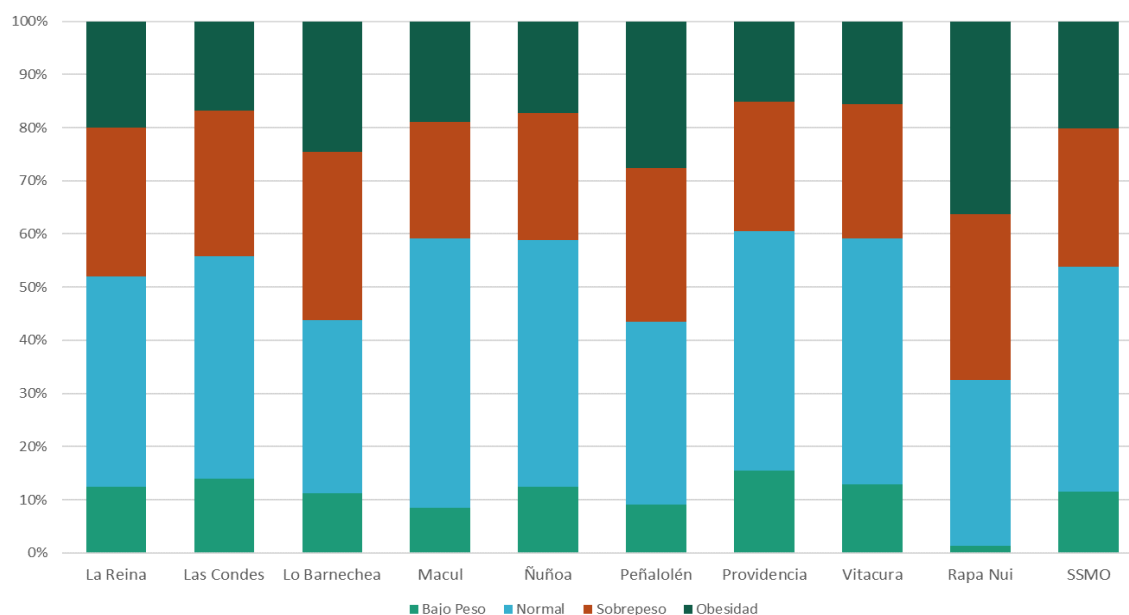


GRÁFICO N°24: POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS BAJO CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE A DICIEMBRE DE 2018.

En relación al estado nutricional, aproximadamente el 46% de los pacientes mayores de 65 de la comuna de Ñuñoa tienen un estado nutricional normal, un 12% tienen bajo peso, y alrededor de un 42% de los pacientes tienen sobrepeso u obesidad, cifras menores al promedio del SSMO.

C.3.2. EGRESOS HOSPITALARIOS

A continuación se detallan algunas cifras y diagnósticos en relación los egresos hospitalarios de la red de salud SSMO.

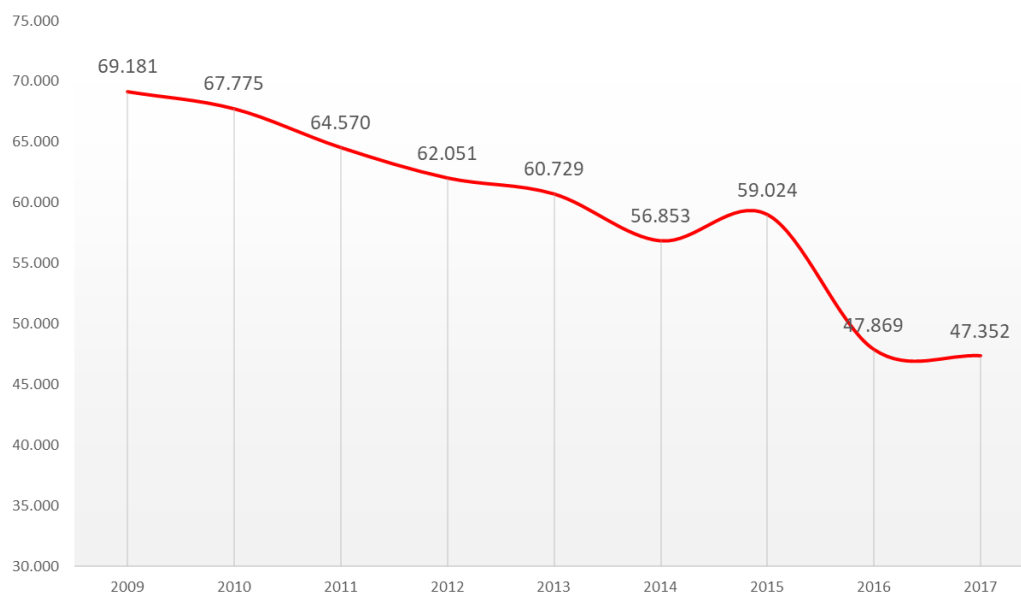


GRÁFICO N°25: EVOLUCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS, RED ORIENTE, PERÍODO 2009-2017.

Desde el año 2009 al 2017, se evidencia una disminución sostenida de un 68%, en los 8 años de observación.

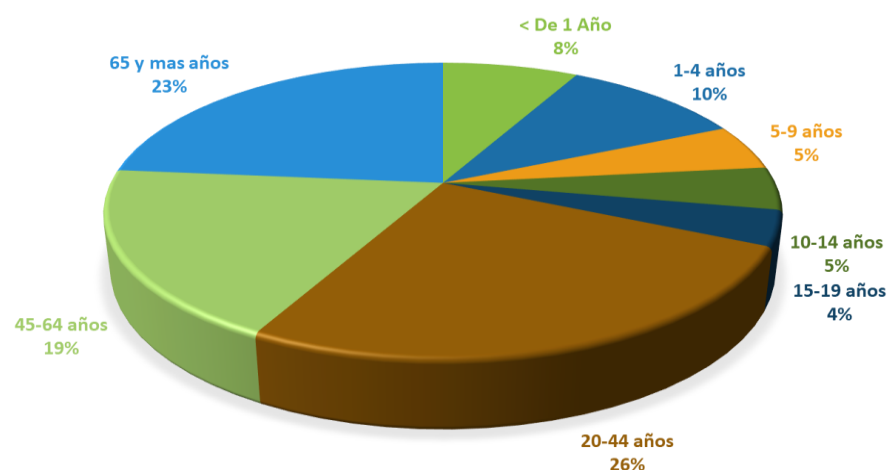


GRÁFICO N°26: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, POR GRUPOS DE EDAD, EGRESOS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE 2017

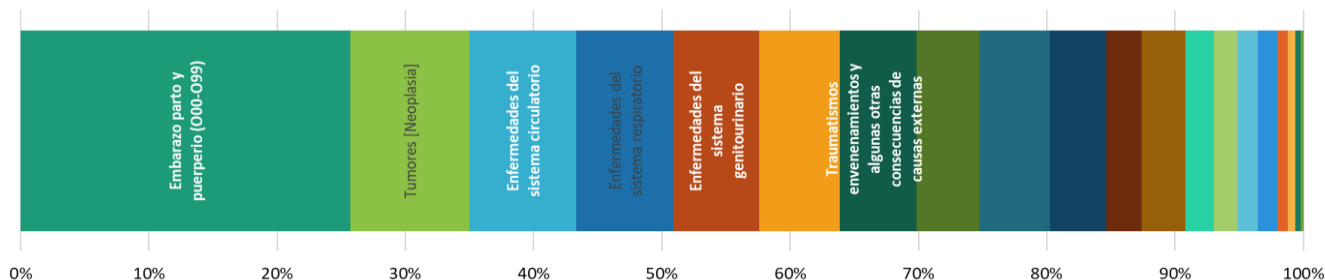
Además, es posible observar, que los principales grupos de edad corresponden al de 20 a 44 años (26%) y mayores de 65% (23%), siendo esto concordante con las principales causas de egresos que son embarazo, parto, puerperio y enfermedades del sistema circulatorio, tal como se observa en la tabla N°25.

TABLA N°25: PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALES DEL SSMO, AÑO 2017.

Fuente: Elaborado en base a Informe de Egresos DEGI-DSSMO.

Cód. CIE10	Grandes Grupos de Causas	Egresos 2017	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
(O00-O99)	Embarazo parto y puerperio	7.204	15,2%	15,2%
(I00-I99)	Enfermedades del sistema circulatorio	4.873	10,3%	25,5%
(J00-J99)	Enfermedades del sistema respiratorio	4.466	9,4%	34,9%
(C00-D48)	Tumores (Neoplasia)	4.244	9,0%	43,9%
(S00-T98)	Traumatismos envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	3.984	8,4%	52,3%
(K00-K93)	Enfermedades del sistema digestivo	3.164	6,7%	59,0%
(G00-G99)	Enfermedades del sistema nervioso	2.991	6,3%	65,3%
(Z00-Z99)	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2.939	6,2%	71,5%
(N00-N99)	Enfermedades del sistema genitourinario	2.742	5,8%	77,3%
(Q00-Q99)	Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas	2.552	5,4%	82,7%
(R00-R99)	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otras partes	1.560	3,3%	86,0%
(M00-M99)	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.551	3,3%	89,3%
(P00-P96)	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1.370	2,9%	92,2%
(A00-B99)	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitaria	1.151	2,4%	94,6%
(E00-E90)	Enfermedades Endocrina, nutricionales y metabólicas	875	1,8%	96,4%
(F00-F99)	Trastornos mentales y del comportamiento	558	1,2%	97,6%
(D50-D89)	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	410	0,9%	98,5%
(L00-L99)	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	358	0,8%	99,2%
(H00-H59)	Enfermedades del ojo y su anexos	254	0,5%	99,8%
(H60-H95)	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	106	0,2%	100,0%
Total		47.352	100,0%	

El 52% de los egresos hospitalarios del año 2017, se concentran en cinco grupos de grandes causas. Estas son Embarazo Parto y Puerperio, con 15,2%, Enfermedades del Sistema Circulatorio con un 10,3%, Enfermedades del Sistema Respiratorio, con un 9,4%, Tumores con un 9,0% y Traumatismo y algunas otras consecuencias de causas externas con 8,4%.

**GRÁFICO N°27:** DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN MUJERES, POR GRUPO DE GRANDES CAUSAS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE AÑO 2017.

Las 5 principales causas de egreso en mujeres son:

- Embarazo parto y puerperio con 7.204 pacientes, 26,5% del total de Egresos.
- Tumores 2.608 egresos, representando al 9%.
- Enfermedades del sistema Circulatorio con 2.330 casos, que representan al 8%, del total de egresos.
- Enfermedades del Sistema Respiratorio con 2.126 egresos, representando el 8%.
- Enfermedades del sistema genitourinario con 1866 egresos, 7%.

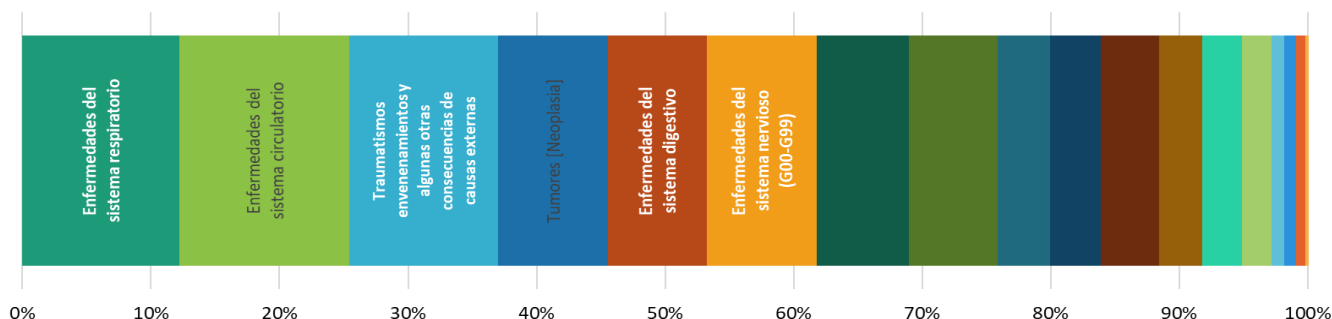


GRÁFICO N°28: DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN HOMBRES POR GRUPO DE GRANDES CAUSAS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE AÑO 2017

Las 5 principales causas de egreso en hombres (53.3%), las cuales son:

- Enfermedades del Sistema Respiratorio con 2.340 (12,0%).
- Las Enfermedades del Sistema Circulatorio con 2.543 (13%).
- Traumatismos, envenenamientos y alguna otra consecuencia de causas externas con 2.221 (12%).
- Tumores 1.636 casos (9%).
- Enfermedades del Sistema Digestivo 1.480 (8%).

C.3.3. CONSULTAS DE MORBILIDAD DE ÑUÑO A

TABLA N°26: PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTAS DE MORBILIDAD MÉDICA EN CESFAM SALVADOR BUSTOS 2018-2019, SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10.

	GRUPO PATOLOGÍAS	N°	%
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	897	2.5%
II	Neoplasias	304	0.8%
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	194	0.5%
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,062	14.0%
V	Trastornos mentales y del comportamiento	2,492	6.9%
VI	Enfermedades del sistema nervioso	977	2.7%
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1,234	3.4%
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	694	1.9%
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	4,421	12.3%
X	Enfermedades del sistema respiratorio	6,852	19.0%
XI	Enfermedades del aparato digestivo	1,481	4.1%
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	903	2.5%
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	3,409	9.5%
XIV	Enfermedades del aparato genitourinario	1,177	3.3%
XV	Embarazo, parto y puerperio	56	0.2%
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14	0.0%
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	135	0.4%
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,875	5.2%
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	994	2.8%
XX	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	104	0.3%
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2,733	7.6%
XXII	Códigos para situaciones especiales	47	0.1%
	TOTAL	36055	100.0%

De las atenciones realizadas de morbilidad en CESFAM Salvador Bustos, el mayor motivo de consulta es de enfermedades del sistema respiratorio (19%); luego las enfermedades relacionadas con sistema endocrino, nutricionales y metabólicas (14%) y las del sistema circulatorio (12%).

TABLA N°27: PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTAS DE MORBILIDAD MÉDICA EN CESFAM ROSITA RENARD 2018-2019, SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10.

	GRUPO DE PATOLOGÍAS	N°	%
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,065	3.6%
II	Neoplasias	182	0.6%
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	143	0.5%
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,945	10.0%
V	Trastornos mentales y del comportamiento	1,207	4.1%
VI	Enfermedades del sistema nervioso	639	2.2%
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	1,036	3.5%
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	669	2.3%
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	2,611	8.9%
X	Enfermedades del sistema respiratorio	7,618	25.8%
XI	Enfermedades del aparato digestivo	1,429	4.8%
XII	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	725	2.5%
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	2,777	9.4%
XIV	Enfermedades del aparato genitourinario	844	2.9%
XV	Embarazo, parto y puerperio	18	0.1%
XVI	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10	0.0%
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	69	0.2%
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,545	5.2%
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	960	3.3%
XX	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	94	0.3%
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2,828	9.6%
XXII	Códigos para situaciones especiales	86	0.3%
	TOTAL	29500	100.0%

De las atenciones realizadas de morbilidad en CESFAM Rosita Renard, el mayor motivo de consulta es de enfermedades del sistema respiratorio (25.8%); luego las enfermedades relacionadas con sistema endocrino, nutricionales y metabólicas (10,4%) y las del sistema Osteomuscular y Tejido conectivo (9,4%).

A continuación, en las tablas N° 28 y 29 se detalla el total de prestaciones entregadas en cada CESFAM y por grupo etario de Septiembre 2018 a Septiembre 2019, consignándose además el total de prestaciones que en el caso de Adultos mayores para CESFAM Salvador Bustos alcanza a 8,1 atenciones en 1 año y 8,2 en CESFAM Rosita Renard para igual año.

Total Atenciones por Instrumento y Grupo Etario CESFAM SALVADOR BUSTOS

INSTRUMENTO	GRUPO ETARIO						
	0 - 9 años	10 - 14 años	15 -19 años	20 - 44 años	45 - 64 años	65 y mas años	Total general
Etiquetas de fila							
A. Social	503	233	231	1,338	962	1,770	5,037
E. Párvulos	345						345
Enfermero(a)	3,198	306	95	597	2,753	10,197	17,146
Kinesiólogo(a)	1,791	146	70	742	3,191	10,541	16,481
Matron(a)	263	60	804	7,564	3,528	2,427	14,646
Médico	5,845	1,324	1,115	7,092	14,420	30,534	60,330
Nutricionista	1,272	158	102	761	949	2,374	5,616
Odontólogo(a)	3,116	1,614	1,857	5,067	8,929	9,551	30,134
Podólogo(a)				36	870	2,970	3,876
Psicólogo(a)	757	597	655	2,200	1,402	715	6,326
QF				1	10	2	13
TENS	849	416	691	4,446	6,819	16,829	30,050
TP.Dental				19	113	9	141
Tecnólogo Medico	4	3	85	385	1,592	3,022	5,091
Total general	17,943	4,857	5,705	30,248	45,538	90,941	195,232
Total Inscritos	2,728	1,713	1,850	11,400	10,252	11,279	39,222
Cantidad de Atenciones por Inscrito	6.6	2.8	3.1	2.7	4.4	8.1	5

TABLA N°28: NÚMERO DE ATENCIONES POR PROFESIONAL Y POR GRUPO ETARIO EN CESFAM SALVADOR BUSTOS 2018-2019

Total Atenciones por Instrumento y Grupo Etario
CESFAM ROSITA RENARD

INSTRUMENTO	GRUPO ETARIO						
	0 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	Total general
INSTRUMENTO							
Acupunturista				39	150	118	307
Agente Comunitario	4						4
Asistente Social	796	116	115	478	235	450	2,190
Educador(a) de Párvulos	445						445
Enfermero(a)	4,788	153	107	1,420	3,450	8,495	18,413
Kinesiólogo(a)	1,114	45	61	1,012	2,807	6,005	11,044
Matron(a)	354	29	577	8,339	3,518	1,657	14,474
Médico	7,767	1,613	1,207	7,852	14,699	22,833	55,971
Nutricionista	2,401	120	77	786	1,290	3,173	7,847
Odontólogo(a)	4,271	1,554	1,635	4,191	6,126	5,269	23,046
Podólogo(a)			1	14	366	896	1,277
Profesor(a) de Educación Física	96	45	12	92	67	1	313
Psicólogo(a)	378	414	356	1,682	1,171	817	4,818
Químico Farmacéutico					1		1
Técnico Paramédico	794	438	878	8,100	10,309	16,782	37,301
Técnico Paramédico Dental	448	229	255	807	928	551	3,218
Tecnólogo Médico			61	288	1,281	1,997	3,627
Terapeuta Ocupacional	37		1	5	10	50	103
Total general	23,693	4,756	5,343	35,105	46,408	69,094	184,399
Total Inscritos por grupo etario	2,972	1,450	1,547	10,884	9,217	8,475	34,545
Atenciones promedio por paciente	8.0	3.3	3.5	3.2	5.0	8.2	5.3

TABLA N°29: NÚMERO DE ATENCIONES POR PROFESIONAL Y POR GRUPO ETARIO EN CESFAM ROSITA RENARD 2018-2019

D. DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS

D.1 Informe Diagnostico Participativo CESFAM ROSITA RENARD 2019

I.- Introducción:

Este año se intentó convocar a pacientes de grupos etarios más jóvenes, lo cual no fue posible, debido a la escasa colaboración de los equipos de sector en general y por otro lado, por la dificultad de horarios de pacientes más jóvenes, dado que trabajan y no es atractivo venir en oportunidades distintas a sus atenciones de salud. La actividad se realizó en el mes de agosto, para disponer de este insumo durante la elaboración de la Programación 2020.

II.- Metodología:

Se trabajó con los 5 sectores y con el CDL, con un total de 93 participantes. La duración de la actividad fue de 60 minutos. Se utilizó la técnica de lluvia de ideas, al igual que el año 2018 la pregunta principal fue “¿Cuáles son los principales problemas que visualizan en las atenciones de Salud?” y frente a esta consulta, también se solicitó plantear sugerencias de mejora. Finalmente los resultados se exponen en plenario. Los grupos con los que se trabajó fueron los siguientes:

Sector 1

Unidad vecinal N°30, Guillermo Mann, 15 participantes, a cargo de Asistente social Marta Muñoz y equipo de sector.

Sector 2

Taller de coro y sala de espera sector 2, 29 participantes, a cargo de Asistente social Marisol Fernández.

Sector 3

Taller de Apoyo emocional, 10 participantes, a cargo de Asistente social Camila Carrasco.

Sector 4

Junta de vecinos N°32, Villa Olímpica, 14 participantes, a cargo de Asistente social Lilian Ruz.

Sector 5

Junta de vecinos N°34, Centro de madres Esperanza, 14 participantes, a cargo de Asistente social Ángela Navarrete.

No Sectorizado

Consejo de Desarrollo en Salud Rosita Remad, 11 participantes a cargo de Asistente social Marisol Fernández y Ángela Navarrete

Las problemáticas visualizadas por los grupos han sido agrupadas en distintas áreas, que a continuación se presentan:

ÁREA DE INFORMACIÓN

Este año no evidenció mayores dificultades en esta área.

Sugerencias:

- Entregar información más visible sobre talleres que se desarrollan en el CESFAM.
- Realización de talleres o charlas que entreguen herramientas de autocuidado a pacientes crónicos.

ÁREA DE TRATO

- trato inadecuado por parte del personal administrativo
- Destacan buen trato por parte del estamento médico

Sugerencias:

- Promover el buen trato entre funcionarios/pacientes y viceversa

ÁREA OTROS:

Esta área a su vez se subdividió en 4 ítems, en donde los grupos evidenciaron las siguientes problemáticas:

- **Tiempo de espera**

- Excesivo tiempo de espera entre la realización de exámenes y la revisión por parte de médico.
- Demora en tiempos de espera realizados en OIRS
- Extensa espera para recibir cita de atención de salud mental.

Sugerencia: Que se implemente estrategia que permita acortar el tiempo entre la realización del examen y la cita médica para su revisión.

- **Procedimientos administrativos:**

- Al solicitar hora con médico a través del teléfono, no atiende el médico tratante.
- Es una complicación que sólo se entregue horas de crónico una vez al mes.
- Los miércoles, en donde se entrega las horas de atención dental, no contestan
- Reiterado reclamo por faltas de horas de atención médica.
- Falta de horas de atención médica para Programa de atención domiciliaria.
- Falta de horas de atención dental.
- Convenios caducados.

Sugerencias:

- Las horas asignadas telefónicamente que correspondan al médico tratante del paciente.
- Mayor contratación de personal médico en período de campaña de invierno.
- En caso de indicación de seguimiento de una patología, que sea el mismo médico quien agende la hora del próximo control, dada la dificultad de obtenerla posteriormente.
- Replicar sistema de toma de horas de los centros de salud de la comuna de Macul, quienes disponen de un sistema de tiempo más amplio para solicitud de horas, agendando para el día siguiente o subsiguiente.
- Permitir que el SAPU entregue medicamentos indicados en la atención de urgencia.
- Que se compren medicamentos ranurados de acuerdo a dosificación.
- Agilizar y mejorar respuestas de OIRS.
- Mejorar convenios vigentes.
- Agilizar las horas de atención de salud mental.
- Incorporar medicina alternativa.
- Que las horas de crónicos y de salud mental se entreguen en más de un día, ya que si la persona no puede venir, no cuenta con otra alternativa, debiera existir flexibilidad con la gente que trabaja.
- Personas mayores, solicitan que se incorpore servicio de toma de signos vitales (presión arterial y glicemia).

- **Plataforma telefónica:**

- Incapacidad de elegir profesional médico, al solicitar horas por teléfono.
- Dificultad para acceder a hora de atención por teléfono, llaman y no consiguen nada. A las personas con problemas visuales o auditivos se les dificulta pedir hora por teléfono.
- Disconformidad por la automatización de la atención telefónica (grabadora).

Sugerencias:

- Aumentar horario para tomar horas de atención médicas telefónicas.
- Posibilidad de escoger al profesional médico tratante.

- **Infraestructura:**

- Oficina para todos los profesionales, muchos deben conseguir donde atender
- Mejorar condiciones auditorium, el espacio parece bodega, hace mucho frío y no es acogedor.

Sugerencias:

- Preocupación permanente por los insumos en los baños (papel higiénico, jabón, toalla de papel)
- Practicar y difundir la higiene en los espacios comunes (baños, salas de espera, pasillos)

IV.-Análisis de Resultados:

A diferencia del año anterior y gracias al trabajo realizado durante el último tiempo, en donde se desarrollaron estrategias de difusión de informaciones de salud, a través de los grupos de la comunidad, paneles informativos, participación en operativos municipales, este año hubo una muy buena percepción respecto del manejo de la información, sólo se presentaron dos sugerencias al respecto, en donde la primera ya se implementó con éxito y se está evaluando posibilidad de implementar la otra, ya que el CESFAM se encuentra en proceso de revisión del flujograma del Programa de Salud Cardiovascular.

En relación al área de trato se evidencia una percepción negativa respecto de la atención del estamento administrativo, situación que debe revisarse, para volver a generar instancias de capacitación y reforzar el “Protocolo de Atención Unificado del SSMO”.

Por otro lado, atendiendo la sugerencia de promover el buen trato entre funcionarios y usuarios de salud, se destaca que desde el año pasado se están realizando al menos una vez al año una jornada de sensibilización denominada “Encuentro por el buen trato”, en donde se convocan a funcionarios y usuarios, la que ha sido muy bien recibida bilateralmente.

En el área Otros, el ítem tiempos de espera, una vez más aparece como un problema el excesivo tiempo de espera entre la realización de exámenes y la revisión por parte de médico, lo que plantea un desafío que debe revisarse en instancias de Programación, lo mismo con el problema emergente de tiempos de espera para acceder a atención de salud mental.

Respecto de Procedimientos administrativos, en los últimos años ha sido reiterado la problemática de insuficiente oferta de horas médicas y dentales, lo cual tiene variadas explicaciones, pero que en lo concreto genera en el usuario molestia y percepción de ineficiencia del sistema de salud.

Este año la Plataforma telefónica, recibió la solicitud de aumentar el horario para tomar horas de atención médicas, lo que se visualiza difícil e ineficaz, dado que la oferta de horas es más o menos estable, y se termina rápidamente, en ese contexto, aunque aumente el horario para tomar las horas, no existirá mayor oferta.

Respondiendo a la necesidad planteada el año 2018, respecto de atención telefónica preferencial para personas mayores y con alguna dificultad para acceder a las atenciones de morbilidad, este año se implementó el fono preferente mayores de 80 años, en donde responde una telefonista, quien agenda en horario especial.

Una tarea es revisar si existe factibilidad de que las horas telefónicas de morbilidad puedan tomarse con el médico tratante.

Finalmente con el ítem de infraestructura, en donde se solicita que los profesionales puedan atender en box, sin tener que conseguir en donde atender, no es posible desde el CESFAM trabajar en la solución. Si es posible trabajar en generar mejores condiciones de orden e higiene en los espacios.

V.- Conclusiones y sugerencias:

Se espera que año a año, se pueda mejorar la metodología de trabajo para la realización de Diagnósticos Participativos representativos. La convocatoria ha mejorado muchísimo, este año casi se llega al centenar de personas consultadas, lo que implica un trabajo comprometido por parte de los equipos de salud, y que puede mejorar mucho más en la perspectiva de considerar difundir masivamente las necesidades planteadas por la comunidad, y como el Centro de Salud las acoge y genera cambios.

No se logró cumplir con la incorporación de otros grupos etarios, pero en definitiva, los usuarios más demandantes siguen siendo el segmento adulto mayor.

D.2 Informe Síntesis Diagnostico Participativo CESFAM Salvador Bustos 2019

1. Antecedentes de la actividad:

2.- Participantes:

N.-	Nombre	Organización
1	Pastora Chávez	Club de Adulto Mayor Alborada
2	Jaime Tobar	Club de Adulto Mayor Alborada
3	Encarnación Valenzuela	Representante del Más
4	Angelica Castro	Representante del Más
5	M. Cristina Mancilla	Parroquia Santo Tomas Moro
6	Eugenio Olivares	Comisión Mixta (salud-educación)
7	Natalia Fernández	A. Social Cecosf Amapolas
8	Irma Marrosalva	Representante del Más
9	Carlos Ruz	Unidad Vecinal n.-23
10	Jessica Morales	Colegio Santa Marta
11	Juan José Ulriksen	Unidad Vecinal n.-20
12	Pablo Ancaten Porma	Asociación indígena Foliche Aflai Aflai
13	Sofía Estay	Colectivo la Banca- huerto urbano
14	Antonia Nuñez	A. Social Cesfam Salvador Bustos
15	Daniela Faúndez	A. Social Cesfam Salvador Bustos
16	Carolina Bulboa	Encargada de promoción comunal
17	Isabelle Fritis	A. Social Cesfam Salvador Bustos
18	Ester Meneses	Club de Adulto de Mayor Águilas Plateadas
19	Patricio Talavera	Unidad Vecinal n.-22
20	Nilda Barraza	Club de adulto Mayor Gama
21	Ricardo Figueroa	Club de adulto Mayor Gama
22	Verónica Vargas	Representante del Más
23	Doris Figueroa	Voluntariado Damas de rosado
24	Nelly pack	Unidad Vecinal n.- 19
25	Héctor Vera	Unidad Vecinal n.- 3
26	Sandra Barrera	Voluntariado Damas de rosado
27	M. Elena Vásquez	Unidad Vecinal N.-25
28	M. Eugenia Cabezas	Unidad Vecinal N.- 10
29	Eliana Ramos	Voluntariado Damas de rosado
30	Pía Schwerter	Médico Familiar(becado) Cesfam Salvador Bustos
31	Yasna Tapia	Encargada de Calidad, Cesfam Salvador Bustos
32	Cristian Carvacho	Director del complejo de salud Cesfam Salvador Bustos- Centro de Urgencia
33	Myriam De Barbieri	Jardín Infantil Girasol

3.- Recolección de la información:

Se convoca dirigentes de organizaciones sociales, junta de vecinos, club de adultos mayores, representantes de educación, jardines infantiles, de hogares de SENAME, voluntariados pertenecientes al radio de acción del Complejo de salud CESFAM Salvador Bustos- Centro de urgencia Ñuñoa para la realización del diagnóstico participativo de Salud.

En la Primera parte de la jornada se realiza la contextualización de la comuna de Ñuñoa (presentado por Dra. Pía Schwerter). Información en base estadísticos de la conformación socio-educacional de la comuna de Ñuñoa. Se presenta información sobre prestaciones de salud y población atendida perteneciente al complejo CESFAM Salvador Bustos- CUÑ.

En la segunda parte de la jornada se realiza el diagnostico participativo a través de una metodología participativa.

4.- Metodología de trabajo:

- Se recurre a la Cartografía social- un método de producción de mapas sociales colectivos, horizontal y participativa- que presenta la información de manera geográfica (mapa). Considera espacios Geográficos, Socio-Económico e Históricos –Culturales. Se realiza una construcción social por medio del ejercicio Participativo.
- Se organiza a los participantes en 4 comisiones que son distribuidas de acuerdo con el territorio geográfico.
- Se organiza una comisión específica a los participantes que vive o trabaja en el radio de acción del Cecosf Amapolas.
- Se realiza el diagnostico participativo en 2 etapas. En la primera etapa, se trabaja en torno al reconocimiento de los recursos comunitarios y redes de apoyo disponibles desde la perspectiva de la comunidad. En la segunda etapa se identifican y se ubican en el mapa los problemas de salud detectados por la comunidad. Se realiza un plenario, y se finaliza a través de la priorización de los 3 problemas que se trabajara en conjunto con la comunidad el año 2020.

5.- Análisis

Las 4 comisiones identifican como redes de apoyo la red comunal de salud y la red de servicios comunales de la Municipalidad. También, se observa que las 4 comisiones ubican en el mapa, las unidades vecinales activas, los recintos donde se desarrollan actividades religiosas, los establecimientos educacionales, servicios públicos carabineros, bomberos y la red de trámites administrativos del gobierno (registro civil, Chile Atiende, Fonasa) y la Ruka ubicada en el CESFAM Salvador Bustos. Se observa que las comisiones 2,3 y 4 identifican la mayoría de los recursos comunitarios ubicado entre la calle Simón Bolívar hasta la rotonda Grecia, pero desconocen los recursos comunitarios situados en el radio de acción del CECOSF Amapolas.

Las comisiones detectan como problemas de salud: problema de Contaminación ambiental que se relaciona con el tema de medio ambiente en edificación, veredas en mal estado, falta de luminaria, contaminación acústica. También visualizan problema de consumo relacionado al estilo de vida saludable. Además, observan la dificultad de acceso a horas médicas particularmente para los adultos mayores y la falta de continuidad de un mismo profesional médico en la atención, lo cual se relaciona con tema de calidad y acceso oportuno en salud. Finalmente, las comisiones identifican problemas del adulto mayor relacionado con problema sico orgánico, de dependencia severa, problema de memoria y aislamiento social.

• Cuadro problemas de salud detectados por las tres comisiones:

Comisión 1 Cecosf Amapolas	Comisión 2	Comisión 3	Comisión 4
1 Contaminación ambiental relacionada con problema de medio ambiente (edificación, vereda en mal estado).	1.- Contaminación ambiental relacionado con problema de medio ambiente (edificación, vereda en mal estado, señalética).	1.- Tiempo de espera para las consultas de los especialistas (hospitalario) relacionado con acceso oportuno.	1.- Contaminación ambiental relacionado con problema de medio ambiente (edificación, vereda en mal estado, señalética).
2.- Dificultad de acceso a horas para adulto mayores relacionado con tema de calidad y acceso oportuno.	2.- Dificultades de acceso a horas médicas y falta de continuidad del mismo profesional médico en la atención, problema relacionado con acceso oportuno y continuidad de la atención.	2.- Soledad del adulto mayor relacionado con aislamiento social y falta de asociatividad	2.- Problema de seguridad.

3.- Consumo de alcohol y droga relacionado con estilo de vida saludable	3.- Problemas de las personas en situaciones de calle se relaciona con falta de oportunidad, equidad.	3.- Problema de consumo de alcohol y droga relacionado con estilo de vida saludable.	3.- Problema del adulto mayor (enfermedad, dependencia severa, aislamiento social)
			4.- Dificultad en el acceso a horas de atención a especialista (hospitalario) se relaciona con acceso oportuno.

• **Cuadro de problemas de salud priorizados y acciones que se han realizados**

Problemas de salud detectados	Acciones que se han realizado para enfrentar problemática
1.- Contaminación ambiental	• Coordinación con Departamento de Medio ambiente
2.- Consumo de alcohol y drogas	• Agrupación de autoayuda (en U.V e parroquia) • Programa Previeren en los establecimientos educacionales • Programa DIR • Catastro de red
3.- Acceso a horas médicas para adulto mayor	• Línea telefónica exclusivamente para personas mayores de 75 años • Facilita de acceso para usuarios con limitación física
4.- Problemas del adulto mayor	• Programa Pespi del Cesfam • Programa de acompañamiento de lectura • Programa MAS del Cesfam • Club de adultos mayores (taller y actividad) • Pastorales de salud • Programa de dependencia severa del Cesfam Salvador Bustos

Lineamientos para considerar en la planificación participativa, se debe trabajar contaminación ambiental relacionándolo con el tema de medio ambiente y coordinación de red comunal, también es necesario trabajar el consumo de droga enmarcándolo en los estilos de vida saludable, revisar el acceso a horas médicas para el adulto mayor y la continuidad del profesional médico en la atención desde el tema de calidad y replantear los problemas de adultos mayores desde la información a la comunidad

El plan de acción para abordar de manera participativa los problemas antes mencionados se realizará en el mes de noviembre en la jornada de planificación participativa.

VI. CARTERA DE PRESTACIONES

CESFAM DE ÑUÑO A

PRESTACIONES	FUNCIONARIO										
	MEDICO	ENFERMERA	MATRON(A)	NUTRICIONISTA	PSICOLOGO	KINESIÓLOGO	ASISTENTE SOCIAL	ODONTÓLOGO	ORIENTADOR FAMILIAR	TECNICO PARAMEDICO / TENS	PODÓLOGA
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 recetas 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									
Clinica 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 musculosquelética						X					
Examen de salud oral								X			
Educación en higiene oral								X			
Obturaciones (resinas, ionómeros, amalgamas)								X			
Exodoncia								X			
Endodancias								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	

VII. 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	

VIII. 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 a 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.

TRANSVERSAL QUE ABORDA TODOS LOS CICLOS DE VIDA:

7. Acceso a la atención (horarios de funcionamiento) Alto impacto en los usuarios y necesidad manifiesta.
8. 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.
9. Salud Oral Alta frecuencia e impacto en calidad de vida
10. Sedentarismo / Malnutrición Epidemia del siglo XXI y asociado a mortalidad y discapacidad
11. Autocuidado de la salud pilar fundamental de la salud familiar
12. 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.

CICLO VITAL: INFANTO ADOLESCENTE

Junto a esto, los lineamientos técnicos para orientar la planificación del programa nacional de salud de la infancia, se centran fundamentalmente en el eje estratégico **curso de vida y hábitos de vida**. Por otro lado, en el programa del adolescente los ejes estratégicos se centran en **curso de vida y reducir los factores de riesgos asociados a la práctica de actividad física** y aumentar **la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes**.

La Población Bajo control de 0 - 9 años de la comuna, es muy similar a la población inscrita, con una alta cobertura del Programa Infantil, (superior al 90%), si bien en el transcurso de los años, se ha observado una tendencia a la baja en la población inscrita en este grupo etario, en general, presentan una alta adherencia a los controles de salud.

Por otro lado, es importante también hacer mención que tenemos población infantil perteneciente a los hogares y colaboradores de red SENAME, Hogar Misión de María, Aldeas SOS y Fundación San José (alrededor de 160 niños, niñas y adolescentes), que por su condición de vulnerabilidad requieren de una intervención preferencial e integral de nuestro equipo de salud y de una coordinación permanente con sus instituciones.

Nuestro gran objetivo como equipo de atención primaria es lograr garantizar la calidad y oportunidad de nuestras acciones en salud manteniendo la integralidad, con un enfoque de salud familiar y curso de vida para cada uno de los niños, niñas y adolescentes de nuestra comuna, acompañando y supervisando su proceso de crecimiento y desarrollo. Por otro lado apoyando y orientando a sus padres, madres, cuidadores y familia en la gran tarea de la crianza, cuyo objetivo final es el que sus hijos adquieran las herramientas para lograr el máximo su potencial de desarrollo y lograr ser en un futuro próximo adultos sanos y felices.

A continuación, se describen de manera general los fundamentos que sustentan las diversas actividades y prestaciones en salud programadas que nos permitirán dar cumplimiento a los grandes objetivos estratégicos contenidos en nuestro Plan de salud Infanto Juvenil.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles.

De este objetivo se desprenden dos metas que son de gran relevancia para la población infanto juvenil como son las:

a. Lograr reducir la mortalidad en infancia por infecciones respiratorias agudas:

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de consultas de morbilidad durante todo el año en APS y los SAPU, constituyendo el 60 % y más de todas las consultas de morbilidad y que durante los meses de invierno aumenta considerablemente ocasionando el colapso del sistema de salud en todos sus niveles. Es por esta razón que el ministerio incorpora la estrategia dirigida a APS con la creación de salas IRA que formula una normativa de atención que define las decisiones terapéuticas provocando un gran impacto en la disminución de la mortalidad infantil, sumado a esto se incorpora la estrategia de refuerzo cada año que constituye la CAMPAÑA DE INVIERNO.

Para dar cumplimiento a los objetivos se programan las horas médicas necesarias para dar respuesta a la demanda asistencial proyectada por enfermedades respiratorias que varía según la epidemiología del momento.

Contamos con Sala Ira que atiende a la población infanto juvenil de nuestro complejo con patologías respiratorias, a cargo de una kinesióloga capacitada en donde se realizan atenciones como: Kinesioterapia, hospitalización abreviada, etc.

La Sala IRA también acoge la demanda espontánea que llega directamente a la sala en donde los padres son orientados con respecto al estado de salud de los niños - adolescentes (los crónicos respiratorios) y derivados oportunamente para su diagnóstico o reevaluación, funcionando bajo el concepto "puerta abierta".

También se realizan actividades de capacitación y actualización del equipo de salud en patología respiratoria para otorgar una atención de calidad a nuestra población. Mención especial tiene campaña de invierno, estrategia que cada año se programan de manera coordinada para dar una óptima respuesta a la gran demanda asistencial en los periodos de invierno de toda nuestra población incluyendo los demás grupos etarios.

Las educaciones sobre prevención de patología respiratoria a la comunidad y el trabajo en terreno con los niños que presentan un mayor riesgo de morir por neumonía, (consejerías sobre ambiente libre de humo de tabaco) constituyen estrategias en promoción y prevención.

b. Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles.

Esta estrategia se relaciona con todas aquellas campañas de vacunación nacional y con el cumplimiento del Programa Nacional de Inmunizaciones PNI cuyo gran objetivo es “prevenir la morbilidad, la discapacidad y muerte por enfermedades prevenibles por vacuna”.

El Vacunatorio funciona como unidad transversal en nuestros centros, ejecutando el Programa Nacional de inmunizaciones en los distintos ámbitos, nuestra población inscrita de niños, niñas y adolescentes y con la comunidad en los establecimientos escolares y jardines, priorizando siempre a nuestra población más vulnerable (NANEAS y de los hogares colaboradores del SENAME).

La cobertura de vacunación lograda para el Plan Nacional de Inmunizaciones en Ñuñoa, es superior a lo establecido como meta a Nivel Nacional del 95%, pero cada año se debe implementar diversas estrategias para alcanzarlas, dados los problemas que surgen a nivel país y local, por la aparición de diversas corrientes contrarias a la vacuna adoptada por algunos de nuestros padres, lo que aumenta la población no inmunizada por lo tanto susceptible de enfermar, y que facilita la posibilidad de generar brotes transformándose en un problema de salud pública. Para ello nos hemos propuesto generar un protocolo local de intervención que permita lograr el rescate de la vacunación, ante situaciones tan complejas como rechazos de los padres a la vacunación.

Por otro lado, la gran cantidad de inmigrantes (en nuestra comuna venezolanos), también impone el desafío de manera de mantener la cobertura de protección de toda nuestra población infantil.

Se realizan además educaciones individuales en cada control de salud con el objetivo de reforzar a los padres la importancia de la inmunización oportuna de sus hijos, ya que un pequeño porcentaje de los padres aún tienden a diferir la vacunación. Además, se realiza trabajo coordinado con el programa IRA, para el rescate de nuestra población de crónicos respiratorios, grupo más vulnerable de enfermar.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Enfermedades crónicas no transmisibles y violencia

1.- Meta reducir la mortalidad por cáncer

En el ámbito de tumores malignos en la población infantil algunos de ellos se encuentran cubiertos por el GES, lo que garantiza la pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento según la patología. Entre los más comunes se destaca en primera instancia la leucemia seguido por TU del sistema nervioso central y linfomas. El abordaje en APS está orientada a aquellas estrategias que nos permiten: la identificación de factores de riesgo, la pesquisa precoz, y la debida derivación al nivel de especialidad.

Para trabajar dichas estrategias contamos con una herramienta de monitoreo permanente que es el control de salud permite supervisar y realizar un seguimiento continuo del proceso de crecimiento y desarrollo de cada niño/a y adolescente en donde se realiza educación, promoviendo estilos de vida saludable y abordaje de los factores de riesgo, por ello nuestros esfuerzos están enfocados en mejorar las coberturas de atención de nuestra población infantojuvenil.

2.- Meta disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas se caracterizan por su alta demanda asistencial en todos los grupos etarios. En Chile las consultas más frecuentes por patología crónica respiratorias son por Asma. Es por ello que se han generado una serie de estrategias que pretenden abordar dicha problemática, como la implementación en los centros de salud los elementos necesarios para realizar exámenes que permiten una mayor resolutiveidad (por ejemplo, espirómetros para diagnóstico y seguimiento de las enfermedades bronquiales obstructivas), la campaña de invierno que permite proteger a esta población más susceptible de enfermar, la constitución del programa crónico respiratorio instalado como estrategia en la APS que facilita el acceso garantizado al diagnóstico y tratamiento en el caso de las patologías crónicas respiratorias.

En población de 0 a 5 años a nivel comunal se encuentran 390 niños bajo control, con cuadros bronquiales obstructivos crónicos, en población de 6 a 9 años, 334 niños, y en el grupo de 10 a 19 años, se encuentran 232 jóvenes.

Pilares fundamentales de este programa es la capacitación continua del equipo de salud, fomento del autocuidado, educación de los niños, niñas y adolescentes y sus familia, sobre su patología e importancia de mantener tratamiento y consultar en forma oportuna, así como mantener adherencia a los controles y actividades del programa.

3.- Meta disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental

En el ámbito infantil se destacan aquellas patologías asociadas a desordenes psiquiátricos como el trastorno hiperactivo y otros como los trastornos del desarrollo. Dentro de los principales diagnósticos bajo tratamiento, se encuentran los trastornos emocionales y de la conducta, seguidos por un aumento en los casos de déficit atencional y trastornos de ansiedad.

En cambio, en la población escolar y adolescente cobran gran importancia los problemas asociados al consumo de OH y drogas.

En los análisis realizados, se ha detectado un aumento en el maltrato infantil (no necesariamente constitutivo de delito), pero sin que ello se haya visto reflejado en las estadísticas, dado un subregistro de este condicionante de salud.

Por otra parte, hay que mencionar que el abordaje de la población adolescente ha sido un factor de dificultad en cuanto al logro del inicio de sus consultas, ya sea preventivas como de tratamiento. Por este motivo, se ha realizado un reforzamiento de la participación en la comisión mixta, a fin de generar alianzas con los colegios y así tener oportunidad de intervenir tempranamente y con un enfoque de comunidad.

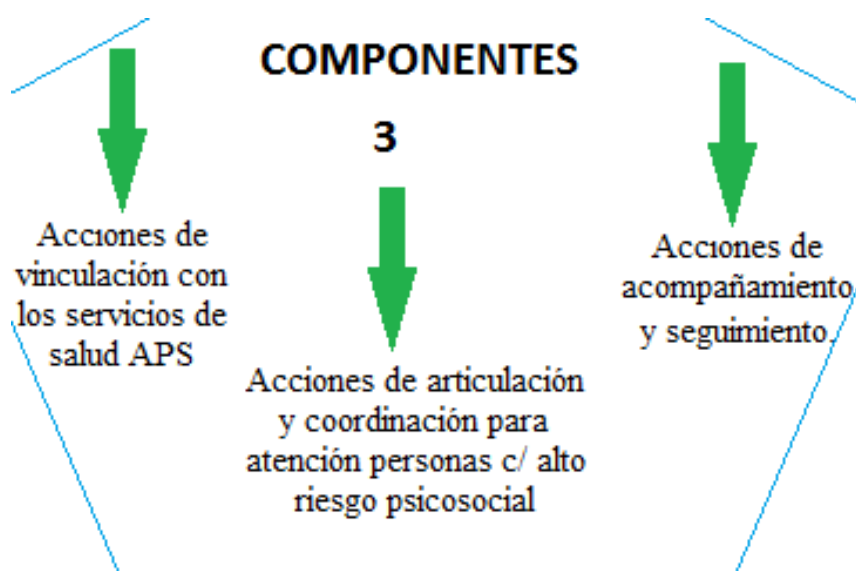
Por baja cobertura de esta temática (que está dentro de las prevalencias de la población del país) es que se planifican capacitaciones al equipo de Salud para reforzar herramientas que aumenten la pesquisa durante los controles de salud, además de la implementación de talleres de prevención de consumo de sustancias que se realizan en instancia de comisión mixtas con los miembros de la comunidad estudiantil de nuestro territorio.

PROGRAMA NNAJ:

En otras áreas, contamos con el programa de Apoyo biopsicosocial de niños, niñas y sus familias, en el cual tiene sus inicios en el año 2016. Actualmente son 42 familias en CESFAM Rosita Renard y 46 familias en CESFAM Salvador Bustos que cuentan con un acompañamiento psicosocial anual.

Objetivo del programa NNAJ:

Contribuir a elevar nivel de salud de niñas, niños y adolescentes con alto riesgo psicosocial asegurando acceso y oportunidad al programa de salud mental con el objetivo de acortar las brechas de acceso a la atención y tener derecho a una atención diferenciada.



PERFIL DE INGRESO

- niñas, niños y adolescentes que sus edades comprendan entre 0 A 24 AÑOS.

RIESGO PSICOSOCIAL

- ✓ Depresión perinatal.
- ✓ Adolescente gestante.
- ✓ VIF.
- ✓ ASI.
- ✓ Intento de suicidio.
- ✓ Consumo problemático de oh y/o drogas.
- ✓ Trastornos psiquiátricos severos.
- ✓ Vulneración de derechos.

Dentro de los factores de riesgo de mayor consulta se encuentran las Vulneraciones de derecho en infancia, contextos de violencia intrafamiliar y abuso sexual infantil. Dentro de las prestaciones que reciben los usuarios se encuentran visitas domiciliarias, seguimientos telefónicos, reuniones intersectoriales, coordinaciones con los dispositivos comunitarios lo cual se extiende por 6-9 meses.

Para asegurar la continuidad de cuidados y siguiendo los lineamientos de Plan de Salud Mental 2017-2025 es que se planifican 12 consultorías anuales infanto juveniles con cada CESFAM en conjunto con Programa Infanto Juvenil de COSAM las cuales se realizan de forma mensual con la finalidad de recibir orientación de especialidad lo que favorece el abordaje de los casos de mayor complejidad.

Se mantiene participación en instancia de comisión mixta en donde asisten directivos de la red de educación de nuestro territorio, en donde se realizan intervenciones de promoción y prevención de temáticas de salud mental. Junto con lo anterior se mantienen intervenciones comunitarias específicas en problemática de alcohol y drogas en colegios de la red.

El programa de Apoyo biopsicosocial de niños, niñas y sus familias se comienza a implementar en CESFAM en el 2016 lo cual nos permite realizar intervenciones de seguimiento por dupla psicosocial a 46 familiares de nuestro centro que cuentan con factores de riesgos determinados.

4.- Meta prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños, adolescente con énfasis en los más vulnerables.

La Salud Bucal es un tema que continuamente ha sido priorizado por la población, debido a los cambios socioeconómicos y culturales producidos en el país. Así mismo, en el Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud señala que la salud dental es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público.

En el contexto de las políticas de salud pública, la salud bucal es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales, como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 un 46,7% de la población tiene una muy buena percepción de su salud bucal, sin embargo, un 40,2% tiene una percepción regular y un 13,6% mala o muy mala y de esta misma población un 45% ha visitado al odontólogo por lo menos 1 vez al año, mientras que un 52,8% hace más de un año y un 2,2% nunca lo ha visitado.

Nuestra comuna está comprometida con la promoción, prevención y control de la salud bucal de su población, enfatizando los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados basadas en la mejor evidencia disponible para que la población goce de una Salud Bucal que le permita mejorar su calidad de vida. Por lo tanto, nuestra misión como equipo es integrar la Salud Bucal con eficacia, equidad y solidaridad enfatizándonos en la promoción y en la prevención. No podemos hablar de salud oral en la infancia si no mencionamos antes la salud oral de la madre y su entorno familiar, a lo que haremos una breve referencia.

La gestación es una etapa llena de cambios para la madre y su entorno familiar. Puede vivirse como un periodo de enriquecimiento muy gratificante que se puede convertir en una gran oportunidad para compartir y crecer.

Reconociendo la importancia de esta etapa para la mujer, su hijo y la familia, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal. La atención odontológica integral de la mujer embarazada es una intervención de alto impacto, desde julio 2010 la Salud Oral Integral de la embarazada es una garantía GES del Régimen general de garantías en salud que consiste en una atención odontológica realizada por un cirujano dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante. Se ha diseñado como una oportunidad para resolver los problemas de salud bucal de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento para que el recién nacido crezca en un entorno favorable para su salud bucal.

En Chile, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2003 indica que el promedio de dientes cavitados por caries en la población femenina de 17 a 24 años es de 1,4; mientras que, en el grupo de 25 a 44 años, este promedio aumenta a 2,56 dientes cavitados por mujer. En cuanto a la pérdida de dientes, en el grupo de edad de 17 a 24 años, un 61,9% de las mujeres presentaba su dentición completa, porcentaje que disminuía a un 31,9% en el tramo de edad entre los 25 y 44 años. La prevalencia de desdentados totales fue de 2,6% en el grupo de 25 a 44 años, dejando un 65,5% de desdentados parciales.

El estado de salud bucal de la madre influye en su bienestar y en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños, a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales. Estos antecedentes justifican el desarrollo de intervenciones integrales que apunte a reducir los riesgos de patologías bucales tanto en la madre como en el hijo.

Meta:

- Alcanzar al menos un 70% de cobertura en altas odontológicas integrales en embarazadas
- Facilitar el acceso a estos pacientes

PROGRAMA CERO Y SEMBRANDO SONRISAS

Nuestro país presenta una gran prevalencia de patologías orales, donde la caries dental y la enfermedad periodontal son los principales problemas de salud oral. La caries dental se define como una enfermedad crónica no transmisible mediada por bacterias, en la cual un desequilibrio ecológico es el responsable que bacterias comensales de nuestro biofilm se transformen en bacterias patógenas productoras de ácidos que van a provocar una lesión de caries. Por lo tanto, el tratamiento de la caries dental significa reestablecer este equilibrio mediante el control regular de los factores de riesgo y no en base a altas aisladas.

La caries dental es un problema de salud pública que presenta una alta prevalencia en la infancia. Datos publicados en el informe “Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010” muestran que los niños de 2 años tienen una prevalencia de caries de alrededor de 17% y un índice CEOD de 0,46 en el país. El mismo estudio muestra una prevalencia de 50% para los niños de 4 años, con un índice CEOD de 2,25. Los datos nacionales publicados para la población de niños de 6 años muestran una prevalencia de 70% y un índice CEOD de 3,71. Si se hace el análisis por nivel socioeconómico, siempre el nivel socioeconómico medio y bajo presentan mayor enfermedad, demostrando que los determinantes sociales son muy fuertes en la expresión de la caries dental.

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad como pérdida de dientes, afectando la calidad de vida de las personas. Hasta el momento hemos enfrentado la caries dental con un enfoque mayoritariamente restaurador el cual por sí solo no logra controlar la enfermedad. Lo único que realmente tiene evidencia en la odontología pediátrica es el uso de cepillo y pasta fluorurada para prevenir el desarrollo de lesiones de caries y también para detener el avance de lesiones ya existentes.

La frecuencia de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada usuario con el objetivo de modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud. Es por esto por lo que se hace necesario modificar nuestro enfoque centrado en la recuperación del daño, a un enfoque centrado en mantener la salud, e incentivar a aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. Debido a esto se determina tener a la población infantil con controles odontológicos de salud según riesgo y con metas de cobertura de población sana.

El control con enfoque de riesgo se refiere al seguimiento realizado a través de controles a usuarios desde los 6 meses hasta 6 años 11 meses 29 días (FONASA o PRAIS) con o sin patologías orales, con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas hasta el egreso, una vez que haya accedido a su garantía GES Salud Oral 6 años.

Los 6 años es una de las edades priorizadas dentro de los menores de 20 años, debido a que a esta edad los niños y niñas inician la dentición mixta, siendo necesario un buen diagnóstico que permita planificar la conservación de las piezas temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación, junto con la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. El hecho de mantener las piezas dentarias temporales sanas disminuye el riesgo de anomalías dentomaxilares, patologías de difícil resolución, alto costo y altamente demandadas por la población una vez instaladas.

Otra medida de promoción y prevención de salud oral en la infancia corresponde al programa Sembrando Sonrisas, diseñado con el fin de aumentar la cobertura de niñas y niños en jardines y colegios de la comuna. El equipo de salud concurre al jardín infantil o escuela, donde entrega un componente promocional a través de una intervención educativa en la comunidad (niños y niñas, madres, padres, apoderados) realizada con el apoyo y la coordinación del equipo educacional del establecimiento. Se entrega un set de higiene oral que corresponde a 4 cepillos y una pasta dental para párvulos. A los padres se les entrega un documento informativo referente al programa, el cual deben devolverlo notificando si están en desacuerdo o no.

Meta:

- Alcanzar al menos un 79% de cobertura en altas odontológicas totales de niños de 6 años. 100% de acceso de la población de 6 años (GES).
- Aumentar cobertura odontológica de niños de la comuna.
- Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES en niños.
- Promoción y evaluación de la salud bucal de la población de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna.

METAS SANITARIAS ODONTOLÓGICAS

Está constituida por 3 submetas:

1. Porcentaje de altas odontológicas totales en EMBARAZADAS.
2. Porcentaje de egresos odontológicos en NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS.
3. Cobertura de Alta Odontológica total de 12 años.
Los 12 años representa una edad de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, a esta edad, los adolescentes han finalizado o se encuentran próximos a finalizar el cambio dentario, y sus dientes sanos recién erupcionados son más susceptibles de tener caries.

Meta: Cobertura de un 75% en altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años inscritos y validados.

IAAPS

Corresponde a aquella atención odontológica integral otorgada a la población inscrita y validada < de 3 años con ceod cero, y a aquella de 7 a 19 años.

Meta:

- Lograr cobertura de 100%, en controles odontológicos en niños de menores de 3 años para mantener un 60% de ellos libres de caries.
- Alcanzar una cobertura de un 38% de la población de 7 a 19 años.

CUARTOS MEDIOS

Consiste en entregar tratamiento odontológico integral a personas de cuarto medio, para que se incorporen a la vida adulta con buenas condiciones de salud oral.

Los alumnos beneficiarios del programa reciben una sesión educativa de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, fomentando hábitos saludables como la ingesta de agua, alimentación saludable e higiene oral. La aplicación de flúor barniz resulta de vital importancia y se indica para la gran mayoría de los alumnos.

Cada alumno de cuarto medio que ingrese al programa debe recibir un kit el cual consiste en un cepillo dental de adulto (de cerdas suaves, mango anatómico) y una pasta dental de adulto (de no menos de 1400 ppm). Junto a la entrega del kit se realiza una instrucción de cepillado, la cual puede reforzarse en sesiones posteriores.

Cobertura:

- Los establecimientos educacionales que se encuentran cerca (700 m. a 1 km) de nuestro complejo de salud.
- Fonasa o Prais.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Desarrollar hábitos y estilos de vida saludable que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedades de la población.

a. Aumentar las personas con factores protectores en salud.

En nuestro quehacer diario como equipo de salud, reconocemos en nuestra población la presencia los factores protectores en salud y los potenciamos para el logro de una óptima salud y por otro lado pesquizamos aquellos factores de riesgo que pueden ser de distinta índole, biológicos, ambientales, psicosociales que son los que generan enfermedades o trastornos que dificultan y alteran en muchas ocasiones de manera severa el normal y sano desarrollo de cada individuo y sus familias frente a los cuales debemos gestionar planes de intervención atinentes y oportunos.

Los factores de riesgo incluidos en este objetivo y que son motivo de intervención en nuestro plan son:

- Tabaco
- Consumo de alcohol
- Malnutrición por exceso
- Sedentarismo
- Consumo de drogas ilícitas
- Conductas sexuales no seguras

Estas últimas dos temáticas especialmente relevantes en la población adolescente.

Para el logro de esta amplia meta se trabaja en el fortalecimiento de los factores protectores en salud y la reducción de los factores de riesgo, a través de diversas estrategias que faciliten el cambio de conducta hacia los estilos de vida saludable. Este gran desafío requiere del apoyo de las entidades públicas, del Inter sector y toda la comunidad para realizar un trabajo integral y coordinado que permita sumar los esfuerzos para entregar acciones en salud integrales.

El gran desafío como equipo de salud es generar este cambio conductual en nuestra población y sus familias, que les permitan el logro de una mejor calidad de vida y la plena expresión de su potencial de desarrollo biopsicosocial.

Una de las estrategias en APS para el logro de los objetivos es sin duda, el control de salud infantil y para los adolescentes el control joven sano implementado en el año 2011 como IIAPS que permitió visibilizar las necesidades de esta población y sus familias.

Ambos constituyen una instancia de acompañamiento y supervisión en un continuo del proceso de crecimiento y desarrollo de cada niño, niña y adolescente, fortalecido últimamente por políticas de estado como es el sistema de protección a la primera infancia Chile Crece Contigo que entrega una serie de beneficios para los niños(a), y por otro lado para sus padres, madres y cuidadores entrega herramientas que les permite facilitar el proceso de la crianza a través de los talleres de habilidades parentales.

Por ello en el plan se realiza la programación de los controles de salud para los distintos profesionales que participan, con el propósito de lograr en la población infantil coberturas de atención del 100%. Se crean cupos protegidos de manera de garantizar la atención y la oportunidad, además de la incorporación de nuevas horas profesionales.

- En la comuna los niños menores de 6 años tienen cifras de normas de pesos superiores a las solicitadas en Indicadores Ministeriales, con un 74% en CESFAM Salvador Bustos y 68% en CESFAM Rosita Renard. Esto se logra reforzando las horas profesional nutricionista y aumentando la cobertura de atención para la población sobrepeso, además de mantener todas las actividades en salud tendientes a fomentar y proteger la lactancia materna hasta los 6 meses que incluyen controles adicionales al flujograma de control nacional, como por ejemplo control a los 15 días de vida y a los 3 meses considerando que son periodos críticos en donde se producen los mayores problemas de lactancia en nuestra población y cuya temática de intervención es promover fomentar y recuperar la lactancia materna exclusiva.

En el contexto de controles de salud cabe una especial mención de nuestros Niños y Niñas con necesidades especiales en salud (NANEAS), que requieren de una atención más continua, debido a que sus requerimientos o necesidades pueden tener un mayor grado de complejidad según sus patologías de base, programando Controles de salud con un rendimiento diferenciado y como cupo protegido para los distintos profesionales que participan en el flujograma de control mejorando la cobertura de atención.

- En relación al Tabaquismo, la cifra en CESFAM Rosita Renard es de 19,4% en población bajo control mayor de 20 años y sólo un 12.3% en igual población en CESFAM Salvador Bustos. Llama la atención el bajo porcentaje, que probablemente se deba a un subregistro.
- El sedentarismo en la comuna, de igual manera se obtiene de población bajo control mayor de 20 años y su cifra declarada es sobre el 40%, lo que claramente genera dudas de la fuente y veracidad del dato, conociendo la realidad poblacional de nuestro país.

Un gran desafío es mejorar la cobertura de los controles de los niños escolares de 6-9 años lo que luego se agudiza en la población adolescente.

En relación a la población adolescente la evidencia científica respalda el desarrollo de acciones tempranas oportunas e integrales para impactar positivamente en la salud del adolescente y en este contexto se programa el control de salud integral, que como equipo de salud permite la vinculación con el adolescente y su familia, detección de factores de protección y de riesgo o vulneraciones de derecho que requieren nuestra intervención.

Existe también otras iniciativas que nos permiten trabajar los estilos de vida saludable, como es el Programa Vida Sana, estrategia que involucra el trabajo de un equipo conformado por nutricionista, psicóloga y kinesiólogo, los cuales trabajan con grupos de niños y adolescente en los jardines y colegios también descrito en nuestro Plan.

El Trabajo con la comunidad escolar cobra relevancia al momento de la programación y ejecución de acciones en salud a pesar de no contar con un proyecto para salud escolar, contamos con una comisión mixta salud - educación que reúne a representantes de los distintos establecimientos educacionales de la comuna con los cuales se realiza un trabajo constante coordinación y de capacitación continua en diversas temáticas, para el año 2020 ha surgido la necesidad de trabajar la temática de educación en salud y sexualidad para los adolescente se describe en el plan de trabajo comunitario y de promoción comunal.

Por otro lado, población con mayor grado de vulnerabilidad, es la perteneciente a los hogares y colaboradores de red SENAME, (alrededor de 160 niños, niñas y adolescentes), que requieren de una intervención preferencial e integral, por lo que se han generado distintas instancias de coordinación, de manera de facilitar su acceso y atención oportuna en salud.

Finalmente, el contexto del control de salud constituye una herramienta que nos permite como equipo de salud abordar de manera amplia, diversa y efectiva los factores de riesgo como Tabaco, consumo de OH y drogas y consumo de drogas ilícitas planteados en esta estrategia, todo esto conjunto con todo el equipo de salud con la prestaciones que los diversos programas entregan en su ámbito de intervención como salud mental, salud de la mujer y salud oral.

Con respecto al factor de riesgo: conducta sexual no segura será abordado de manera más específica a través de las prestaciones del programa de la mujer.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4**REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS A LO LARGO DEL CICLO VITAL****Meta Disminuir el rezago infantil**

Durante la infancia se establecen los cimientos del desarrollo futuro de las personas, las base del desarrollo cognitivo social, emocional, de la salud física y mental que es innegablemente influenciado por la calidad de las experiencias iniciales de vida por el desarrollo cerebral y las relaciones sociales que establece con su familia y los demás.

La neurociencia nos ha mostrado que existen periodos vulnerables en este proceso de crecimiento y desarrollo en donde la ausencia o inadecuada estimulación de los niños(as) puede provocar el no desarrollo de las habilidades y por otro lado ventanas de oportunidad que nos permiten si las aprovechamos, el alcanzar el máximo potencial de desarrollo psicomotor.

Surge entonces dentro de las principales causa de morbilidad en infancia el concepto de rezago del desarrollo que corresponde a aquellos niños que presentan un desarrollo psicomotor en general normal, sin embargo, presentan una de las áreas del desarrollo deficiente, que de persistir puede ocasionar un déficit mayor del desarrollo que son los riesgos del desarrollo psicomotor y de mayor gravedad los retrasos del desarrollo psicomotor que requieren de intervenciones más complejas y específicas.

El sistema de protección a la primera infancia es quién llega a complementar y fortalecer las actividades de estimulación, a través de una serie de servicios para el apoyo integral y acompañamiento del niño en su proceso de crecimiento y desarrollo considerando de manera especial a la población más vulnerable.

En la comuna tenemos cifras de riesgo de DSM a los 18 meses de 3.9% en CESFAM Rosita Renard y de 1.6% en CESFAM Salvador Bustos.

La estrategia a utilizar desarrollada en nuestro plan de salud es la aplicación de las evaluaciones del desarrollo psicomotor con test validados por MINSAL que se aplican a los 8 meses, 18 meses y 3 años.

Alcanzar la mayor cobertura de aplicación es una meta IAAP en los niños de 18 meses. Para esto se generan cupos protegidos para dichos grupos de edad, con el consiguiente seguimiento en caso de que el resultado implique un déficit del desarrollo del cual se desprende la Meta sanitaria que es lograr la recuperabilidad de los riesgos de déficit de desarrollo psicomotor de 18 meses.

La entrega de material didáctico a través de Chile Crece Contigo a los padres para facilitar la estimulación temprana, se suma el funcionamiento de la modalidad de sala estimulación con una educadora de párvulos programada en el plan de salud, que realiza intervenciones de estimulación individuales y grupales entregando a los padres herramientas más específicas que les permiten ser participantes activos en el del proceso de recuperación del déficit de sus hijos.

Con enfoque promocional también se programa educaciones a los padres/madres y cuidadores talleres de estimulación temprana y de lenguaje que fortalecen la labor de los padres en el desarrollo de sus niños (as), y por otro lado ya mencionado esta la ejecución en la comunidad de los talleres de Habilidades Parentales que se suma a la gran tarea de la crianza parental positiva.

La dificultad que enfrentamos en la sala de estimulación y en los talleres es la inasistencia que bordea el 36-40 % de origen multicausal para lo cual hemos buscado diversas estrategias descritas en el plan de salud tendiente a la confirmación de horas y rescate de pacientes.

Los demás objetivos estratégicos no detallados en esta introducción y presentes en los grandes objetivos sanitarios, están incorporados en nuestro quehacer como equipo de salud y son realizados en los distintos ámbitos de intervención con la comunidad y con la red comunal descritos en el plan salud.

Finalmente destacar que nuestro gran objetivo como equipo de atención primaria es lograr garantizar la calidad y oportunidad de nuestras acciones en salud manteniendo la integralidad y con un enfoque de salud familiar y curso de vida para cada uno de los niños, niñas y adolescentes de nuestra comuna. Acompañando y supervisando su proceso de crecimiento y desarrollo y por otro lado apoyando y orientando a sus padres, madres, cuidadores y familia en la gran tarea de la crianza, cuyo objetivo final es que sus hijos adquieran las herramientas para que alcancen su máximo potencial de desarrollo y logren ser en un futuro próximo, adultos sanos y felices.

CICLO VITAL: ADULTO Y ADULTO MAYOR

La distribución de edades en Chile ha sufrido cambios importantes durante los últimos años. Se puede observar un descenso en la población infantil y un aumento significativo en los grupos etarios mayores, destacándose un envejecimiento de la población. Esto se exagera en la comuna de Ñuñoa y se refleja en la población que se atiende en los Centros de salud.

Según la población inscrita a Agosto 2019, el 83,7% corresponde a usuarios de 20 y más años. De ellos el 29 % tiene 65 años y más, (38.454 personas).

Debemos enfrentar el envejecimiento, reducir la discapacidad asociada a estilos de vida, mejorar el bienestar psicosocial, atender a grupos sociales con necesidades descubiertas y mejorar las condiciones ambientales. A pesar de que la situación global de salud del país en la última década ha mejorado, persisten importantes ámbitos en los que las estadísticas señalan un empeoramiento progresivo, como lo demuestran los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud 2010 (ej. factores de riesgo, diabetes, enfermedad renal crónica, obesidad, por nombrar algunos).

Las problemáticas de salud en el Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor de nuestro Plan de Salud fueron determinadas por los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 para nuestro país.

Es así, como el Ministerio de Salud establece los Objetivos estratégicos que determinan las Estrategias que se deben considerar para el logro de los Objetivos sanitarios en Chile. Estos son el pilar de nuestro Plan de Salud, que además considera los datos demográficos, epidemiológicos y tendencias de salud en la comuna antes descrita y que son acordes a la realidad nacional.

Se definen nueve grandes áreas que abordan la mayor parte de la problemática sanitaria, desde donde se desprenden Indicadores de salud para APS, Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), Metas sanitarias y estrategias para el cumplimiento de los objetivos sanitarios.

Según la Etapa de Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor se trabajará en los siguientes Objetivos estratégicos, descritos a continuación:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO.

Las temáticas para trabajar serán Tuberculosis e Infecciones respiratorias agudas en toda la población. En relación con Tuberculosis, en CESFAM Salvador Bustos hay 6 casos en tratamiento durante el 2019 y 19 casos en CESFAM Rosita Renard. No debemos olvidar que el objetivo es eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública. Por lo tanto, como estrategia esta implementado el Programa de Control de la Tuberculosis donde se establecen normativas y lineamientos para trabajar con la población. Tanto en la protección específica, pesquisa, tratamiento y seguimiento de los casos que deben ser programados como consultas específicas.

Con respecto a las Enfermedades Respiratorias agudas, el objetivo es reducir la mortalidad por estas causas. Las infecciones respiratorias agudas (IRA). Continúan siendo un importante problema de salud pública y afectan principalmente a grupos de mayor riesgo como son los niños, los portadores de patología crónica y los adultos mayores.

Se programan actividades en el Plan de salud orientadas a cumplir el objetivo antes mencionado, tales como: consultas médicas, campaña de invierno, ejecución Programa IRA/ERA, auditoria por muerte, visitas domiciliarias y vacunación a la población vulnerable.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Este objetivo considera las Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Cáncer y Enfermedad Respiratoria Crónica.

1.- Meta reducir la mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares.

Siendo las Enfermedades del Sistema Circulatorio la 1era causa de muerte en nuestro país. Es prioritario incorporar en el Plan de Salud actividades del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) que tienen como objetivo reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en nuestra población Adulto y Adulto Mayor, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

Según la prevalencia de Hipertensión arterial en la Población de 15 y más años, se espera una población de 19.231 hipertensos. Al corte estadístico de junio 2019 tenemos bajo control en Programa de Salud Cardiovascular a 12.092 personas con Cobertura efectiva de tratamiento (N° de personas Hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + N° de personas Hipertensas de 80 y más años con PA < 150/90 mm Hg), La Cobertura efectiva de tratamiento es de 62.88%, sobre la meta solicitada para este año de 60%.

Según la prevalencia de Diabetes Mellitus, en la Población de 15 y más años, se espera una población de 9.170 personas con diagnóstico de Diabetes mellitus. Al corte estadístico de junio 2019 tenemos un bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular a 3.556 personas con Diagnóstico de Diabetes mellitus con Cobertura efectiva de tratamiento (N° personas diabéticas de 15 a 79 años con Hemoglobina glicosilada bajo 7% + N° de personas con Diabetes mellitus de 80 y más años con Hemoglobina glicosilada bajo 8%), según último control vigente. La Cobertura efectiva de tratamiento de Diabetes mellitus 38.78%, sobre la meta solicitada para este año de 30%. A pesar de que las Coberturas de estas patologías son satisfactorias en nuestros CESFAM, se mantiene como desafío seguir pesquisando al resto de nuestra población que no ha sido diagnosticada a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMP).

Por otro lado, al tener un número significativo de usuarios con patología cardiovascular, se ha establecido como Equipo de salud intervenir en reducir el RCV de las personas bajo control, fomentar estilos de vida saludables, lograr el control de los factores de riesgo, alcanzar niveles de presión arterial óptimos, mejorar el control metabólico de las personas con diabetes, prevención secundaria en personas con antecedentes de enfermedades cardiovasculares, pesquisar precozmente la enfermedad renal crónica en personas con factores de riesgo, abordar a la familia como unidad de apoyo que potencie los cambios de conducta de sus integrantes y generar espacios de diálogo comunitario para el abordaje de los factores de riesgo en la población.

Es así, que se programan en el Plan de Salud actividades según Riesgo y patología cardiovascular para los distintos integrantes del equipo, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos antes descritos.

2.- Meta reducir la mortalidad por Cáncer.

Otro de los objetivos estratégicos es reducir la tasa de mortalidad por cáncer. En el mundo, así como en Chile, el envejecimiento poblacional se acompaña de un aumento de la probabilidad de desarrollar cáncer. Estimaciones señalan que la mortalidad por esta patología se duplicará en la siguiente década, superando como primera causa a las enfermedades cardiovasculares. En Chile, el cáncer es la primera causa de años de vida perdidos por muerte prematura. Sumando los años de vida perdidos por discapacidad, el cáncer es responsable de 221.529 AVISA, ubicándolo en el séptimo lugar de grupos de causas de carga de enfermedad (MINSAL, 2008).

Se han desarrollado distintas estrategias, entre las que destaca la implementación del régimen de garantías explícitas de salud (GES). En el ámbito de los tumores malignos, en población adulta están incorporados los cánceres de mayor prevalencia. EL GES garantiza intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento, considerando en este último, los cuidados paliativos para el cáncer avanzado.

Se establece en el Plan de salud actividades destinadas a disminuir la morbimortalidad de los cánceres más prevalentes según las características de Ñuñoa. Es así, como se determinan metas que contribuyen a la promoción, pesquisa precoz y derivación oportuna.

3.- Meta reducir la mortalidad por Enfermedades Respiratorias

En el contexto de las patologías crónicas, destacan como problema prioritario de salud las enfermedades respiratorias crónicas. En Chile, son responsables de una elevada carga de enfermedad y ocupan el quinto lugar de las causas de muertes. Las patologías respiratorias crónicas determinan en sus etapas avanzadas un notable deterioro en la calidad de vida, limitando la autovalencia y requiriendo de apoyo interdisciplinario permanente. Los principales factores de riesgo para las enfermedades respiratorias crónicas son el consumo de tabaco y la contaminación del aire, además de la inactividad física y la malnutrición por exceso. De mantenerse las prevalencias actuales de consumo de tabaco y la temprana edad de inicio del hábito observada en el medio chileno, es de esperar un aumento de la carga sanitaria asociada a las enfermedades crónicas.

Las enfermedades respiratorias crónicas se caracterizan por su elevada demanda asistencial, producto de las complicaciones y exacerbaciones frecuentes, como crisis obstructivas y neumonías, entre otras.

En la actualidad, la población bajo control en Atención Primaria por enfermedades respiratorias crónicas sobrepasa las 200.000 personas (DEIS, 2010). En nuestros CESFAM existen 2.102 usuarios bajo control en el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto.

Las estrategias propuestas para la década 2011- 2020, se presentan en tres ámbitos: (1) aumentar la detección precoz y cobertura de la atención; (2) mejorar la calidad de la atención; y (3) fortalecer la prevención secundaria. En los Centros de la comuna hemos asumido el desafío de aumentar en un 1% la cobertura de la población estimada según prevalencia de la patología EPOC y Asma en población Adulta.

Esperamos aumentar la pesquisa en personas que consulten al CESFAM, a través de la solicitud de espirometría a pacientes con factores de riesgo y en cuanto a la calidad de la atención, resulta necesario avanzar en la estandarización del tratamiento del manejo clínico de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas capacitando al equipo médico con guías de práctica clínica para el manejo ambulatorio de estos pacientes, a través del GES.

Otro aspecto importante corresponde a la categorización adecuada de la severidad tanto del asma bronquial como la EPOC. Esto permite evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias, orientando las estrategias terapéuticas individuales, aumentando la capacidad funcional, mejorando la calidad de vida de los pacientes y su grupo familiar, y reduciendo la utilización de recursos sanitarios. En esta misma área, existe evidencia que señala que programas de rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad respiratoria crónica, permiten reducir las manifestaciones clínicas y colaboran en la reducción de las exacerbaciones de la enfermedad.

4.- Meta reducir la morbilidad - mortalidad por trastornos de Salud Mental

En el área de salud mental, la población bajo control que mantienen los CESFAM de la comuna en este programa, es de alrededor de 2055 usuarios, los cuales acceden a atenciones combinadas de psicoterapia más tratamiento farmacológico.

La población consultante en su mayoría son mujeres alcanzando el 75 % de los pacientes bajo control, correspondiente a grupo etarios entre los 25-65 años; las principales consultas son: trastornos del ánimo (episodios depresivos leves, moderados y severos), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad y consumo de sustancias.

De acuerdo con los ejes programáticos del plan nacional de salud mental debemos contemplar atenciones en las siguientes temáticas: diagnóstico de Depresión, implementación de programa de prevención y tratamiento del consumo y/o dependencia de alcohol y drogas, Programa de tratamiento integral de violencia intrafamiliar.

Los diagnósticos más frecuentes de salud mental en paciente entre 20 y 65 años tienen relación con trastornos del ánimo y de ansiedad, y con la finalidad de asegurar el acceso en la atención se realizan talleres de trastorno ánimo mixto de depresión y ansiedad, los que tienen continuidad durante todo el año.

Para el abordaje de patología de mayor complejidad como episodios depresivos severos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad es que se planifican consultorías con equipo COSAM de Ñuñoa que ocurre dos veces por mes siendo 24 reuniones anuales para cada CESFAM. La finalidad el espacio es generar planes de acción que aseguren el acceso a paciente a prestaciones de salud mental además de mantener continuidad en los cuidados.

Una estrategia para abordar la temática del consumo de alcohol y drogas en forma oportuna es el Programa DIR: Detección temprana, Intervención Breve y Referencia a Tratamiento Especializado. Este programa es para todos los usuarios independiente de su edad. La atención es espontánea y luego se coordinan nuevas horas con el usuario. Los objetivos del programa son la evaluación de consumo (Instrumentos de tamizaje), riesgo y pertinencia, evaluar adherencia y luego su derivación a red secundaria COSAM u otros dispositivos (Comunidades terapéuticas, residenciales, grupos de apoyo, etc.) o mantener atenciones en APS en el programa DIR (consumo leve).

En relación a la población bajo control de adultos mayores en salud mental, se observa una tendencia similar que en otros grupos, con una alta demanda de consultas por trastornos del ánimo, por lo que los talleres de trastornos del ánimo mixto (Depresión y Ansiedad) han sido implementados con la finalidad de entregar un espacio de contención a adultos mayores en los cuales las escasas redes es un factor que favorece el desarrollo de patologías mentales.

Junto con lo anterior se mantiene participación en instancias de programa de adulto Mayor más Autovalentes, con la finalidad de presentar contenidos de promoción y prevención de patologías de salud mental en adultos mayores.

5.- Meta reducir la Discapacidad

Sobre la Discapacidad, cualquiera sea su causa, es la resultante de la interacción entre deficiencias estructurales y/o funcionales del individuo y las características intrínsecas de la persona, sumado a otras condiciones del medio ambiente, principalmente del ámbito social. La discapacidad no sólo impacta al individuo, sino también a su núcleo familiar, afectando su dinámica y roles, más aún en los casos asociados a la condición de dependencia.

Una de las estrategias importantes para disminuir la discapacidad corresponde a la implementación de GES por patologías que afectan directamente el aparato musculoesquelético (artrosis de rodilla y cadera leve o moderada) y la entrega de ayudas técnicas que se realizan en APS. Esto requiere el desarrollo e incorporación progresiva de componentes de rehabilitación, así como el desarrollo de planes de tratamiento individual. Por este motivo, existe en cada CESFAM una Sala de Rehabilitación liderada por el Estamento de Kinesiología que se encarga de dar tratamiento a los usuarios con patología Osteoarticular y la entrega de ortesis.

Anualmente se atiende un promedio de 2.000 pacientes y se entregan más de 1600 ayudas técnicas. En el contexto de la Discapacidad, nace también como estrategia sanitaria el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.

Se define la dependencia como “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida” o “el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa”.

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa es mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadoras/es beneficiarios del sistema público de salud e inscrito en los establecimientos de Atención Primaria, mediante acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

En relación con la caracterización de la población adulto mayor de la comuna, el 58% de ello son Adultos mayores Autovalentes sin Riesgo y un 18% de los Adultos Mayores tiene algún grado de dependencia. De estos, alrededor del 60% en CESFAM Rosita Renard y 80% en CESFAM Salvador Bustos tienen dependencia severa.

Por otro lado, el programa de atención domiciliaria, atiende a este grupo de usuarios y a otros que sin ser adultos mayores están en condición de dependencia severa. En total en la comuna se tiene 954 usuarios postrados que están recibiendo prestaciones, y se proyecta un incremento del 10% de la población bajo control para el año 2020.

El Programa de Atención Domiciliaria estipula que anualmente una persona con dependencia severa debe recibir a los menos: 2 visitas domiciliarias integrales, al menos 6 visitas domiciliarias de tratamiento y Capacitación a las cuidadoras/es. Esto exige una cantidad importante de Recurso Humano que se programa en el Plan de Salud.

6.- Meta prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños, adolescente con énfasis en los más vulnerables.

Nuestro compromiso es abarcar la mayor cantidad de población, sin embargo, debemos priorizar ciertos grupos etarios tales como:

- Pacientes con Multimorbilidad
- Pacientes de 60 años
- Pacientes en programa de dependencia severa

Como observación, seguimos trabajando para ampliar nuestra capacidad de resolución sobre aquellos grupos no prioritarios.

MORBILIDAD ODONTOLÓGICA

Corresponde a una atención odontológica otorgada a adultos mayores de 20 años en nuestro complejo con un rendimiento de 2 a 3 consultas por hora. La consulta de morbilidad debe incluir una o más actividades recuperativas, tales como:

- Pulido coronario.
- Destartraje supragingival.
- Exodoncia (en caso de restos radiculares u otros que por su diagnóstico no correspondan a Urgencia GES).
- Restauración estética.
- Restauración de amalgamas.
- Detartraje subgingival y Pulido radicular por Sextante.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTE DE 60 AÑOS/GES

En los últimos años, se ha observado a nivel mundial una tendencia al incremento de la expectativa de vida al nacer y un aumento porcentual de la población de 60 y más años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicaría en el año 2025 y para el 2050 podrían llegar a los 2 billones de personas.

Internacionalmente se ha definido que adulto mayor es toda persona que ha cumplido 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. Datos extraídos de los censos de población de Chile muestran que nuestro país también está viviendo este proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento. Esto conlleva a un mejoramiento en muchos aspectos, siendo importante considerar qué se está haciendo para que este aumento en la expectativa de vida sea coherente con un aumento en su calidad, lo que se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el ciclo vital. Desde entonces, conforme se conservan más dientes, la gama de problemas asociados al envejecimiento, es más variada: caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, reabsorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, tumores comunes en adultos mayores, etc. El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible, comienza en la edad adulta, pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas, y en la medida que el individuo aumenta en edad, el compromiso es mayor y más complejo, afectando su autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas. Los tejidos orales y periorales no escapan a este proceso y en ellos se observan diversos cambios: en los tejidos de revestimiento se produce un adelgazamiento, deshidratación, reducción de vascularización y cantidad de tejido adiposo de la mucosa oral, que se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad; en la piel se van atrofiando las glándulas sudoríparas y sebáceas; en el tejido óseo comienzan a predominar los procesos de reabsorción por sobre los de reparación ósea, especialmente en la población femenina, lo que determina una disminución de la altura del hueso alveolar; hay cambios en la función salival tanto en cantidad como en calidad, que se pueden deber tanto a la atrofia de los acinos glandulares o a los efectos colaterales de algunos medicamentos.

Específicamente, en los tejidos dentarios y para dentarios también se observan modificaciones: en el esmalte se observa un desgaste natural en las superficies de trabajo (atrición), fracturas o trizaduras, y caries; el cemento dentario aumenta su grosor, especialmente en su extremo apical el complejo pulpo destinatario presenta marcados cambios conforme aumenta la edad, entre otros, reducción del volumen de la cámara pulpar, fibrosis pulpar,

mineralización de las fibras nerviosas y calcificaciones pulpares. En los tejidos periodontales se observa adelgazamiento y pérdida de queratina. El ligamento periodontal disminuye de grosor y altura, con pérdida de fibras y células. Se produce una erupción pasiva del diente, de manera que en los pacientes geriátricos se observa que la corona clínica coincide o es mayor que la corona anatómica. Cuando se inicia la discapacidad oral por la pérdida de los dientes, el paciente se ve afectado también en su autoestima.

Nuestra Meta: Atender al 100% de la población inscrita y validada de 60 años

Actividades:

- Facilitar el acceso a pacientes de 60 años a la atención odontológica.
- Coordinaciones con el sector para asegurar una atención odontológica oportuna.
- Examen de salud inmediato a pacientes de 60 años.
- Atención odontológica de especialidad para pacientes de 60 años (Endodoncia, periodoncia y prótesis).
- Rescate de pacientes.
- Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia: Atención profesional de urgencia.
- Prioridad inmediata (Agenda antes de 5 días hábiles en SOME).

PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO/RESOLUTIVIDAD DE ESPECIALIDADES

Los beneficiarios de programa corresponden a aquellas personas que se encuentren registradas en la Lista de Espera, priorizándose los usuarios con mayor data de Solicitud de Interconsulta.

Dentro de las atenciones de Especialidad más demandadas en odontología se encuentran los tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral. Al ser especialidades que se pueden resolver en la APS, y a manera de descongestionar las Listas de Espera, desde 1999 se crea la Estrategia Endodoncia en APS y la Estrategia Prótesis en APS, las cuales destinan recursos para tratamientos de endodoncia y rehabilitación oral.

El sentido de aumentar la capacidad resolutoria de la APS, que de alguna forma implica otorgar prestaciones de mayor complejidad, es una estrategia aplicada en otras áreas de la atención en salud también, y tiene su fundamento en que la APS es la red que está más cerca de la población, por tanto, facilitaría el acceso a este tipo de prestaciones, las cuales se incorporan como parte de la cartera de servicios en los horarios habituales de atención.

Acciones:

- Endodoncia en APS para población de 15 años o más
- Prótesis Removible en APS en población de 20 años o más

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DOMICILIARIA/PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL

Este programa se enfoca en la atención odontológica domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. La ley 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, define en su artículo 6 a la dependencia como “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.”

La investigación clínica ha demostrado que una mejor función cognitiva se relaciona con un mejor estado de salud oral; de la misma manera, los adultos mayores con deterioro cognitivo presentan una salud oral deficiente con mayor número de dientes ausentes, caries, acumulo de placa y enfermedad periodontal. El diagnóstico precoz del paciente con deterioro cognitivo es fundamental para mejorar el pronóstico de la enfermedad y poder plantear un tratamiento odontológico preventivo que pueda mejorar su salud bucal y contribuya a mejorar su calidad de vida.

En este contexto, el programa de atención domiciliaria de pacientes con dependencia severa año 2018 señala que “los dispositivos de atención primaria, deben facilitar que las personas que están bajo control por el programa, accedan a todas las prestaciones entregadas por los establecimientos de APS, que están contemplados en el plan de salud familiar, garantías explícitas en salud otorgadas por el establecimiento y las prestaciones contempladas en los programas de reforzamiento, como por ejemplo: programas asociados al ámbito respiratorio, de salud cardiovascular, odontológicos, rehabilitación integral, salud mental y otros”.

La atención odontológica domiciliaria debe establecerse en el contexto y agenda actual de igualdad, diversidad y derechos humanos en salud y asistencia social, reduciendo inequidades sanitarias a través de la personalización, la consulta y el trabajo en equipo.

Cobertura:

- La atención odontológica domiciliaria la recibirán aquellos que pertenecen al programa de pacientes con dependencia severa. Las personas recibirán la atención solo si reúnen las condiciones necesarias para poder ejecutar atenciones de forma segura, de acuerdo con la evaluación integral que realice el equipo de salud.
- El odontólogo en conjunto con el técnico paramédico que participa en el equipo de atención domiciliaria será el encargado de desarrollar las actividades necesarias en beneficiarios del programa con sus controles y exámenes actualizados y con enfermedades de base compensadas.
- La solicitud de evaluación del usuario por parte del odontólogo también podrá ser solicitada por otros integrantes del equipo que hace la visita a domicilio, basada en la aplicación de una pauta de evaluación integral que incluye preguntas odontológicas, en caso de que el odontólogo no participe de manera regular en las visitas programadas.
- En nuestro complejo se realiza 3 días a la semana visitas programadas, los martes, miércoles y jueves.

ATENCIÓN DE URGENCIA ODONTOLÓGICA

En salud bucal, las causas más frecuentes de consulta por urgencia son debidas, entre otras, a: cuadros infecciosos consecuentes a caries dentales; enfermedades periodontales y sus complicaciones; alteraciones en la erupción dentaria y traumatismos dentoalveolares.

Está demostrado que la mayoría de estas patologías pueden ser resueltas mayoritariamente por odontólogos generales, actualizados, sin necesidad de servicios altamente especializados. El objetivo general de toda atención de urgencia es evaluar, tratar y prevenir toda lesión o enfermedad, que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata.

Existe un conjunto de patologías buco maxilofacial, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención. Estas corresponden a un problema de salud AUGÉ (**Urgencia Odontológica Ambulatoria**) y corresponden a:

- Pulpitis.
- Absceso submucoso o subperióstico de origen odontogénico.
- Absceso de espacios anatómicos buco máximo faciales.
- Pericoronaritis Aguda.
- Flegmones orofaríngeos de origen odontogénico.
- Gingivitis ulcero necrótica.
- Complicaciones Post Exodoncia: Hemorragia y Alveolitis de los maxilares.
- Traumatismo dento alveolar.

Cobertura: Atención odontológica de todo aquel que consulta, independiente de la comuna y previsión.

Actividades: La atención se realiza de forma espontánea de lunes a viernes desde 17 horas hasta 23 horas (lunes y viernes), hasta 21 horas (martes a jueves) y Sábados de 9 a 13 horas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3**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.**

En el Ciclo Vital Adulto y Adulto Mayor el objetivo del Equipo de Salud es aumentar la proporción de personas con Factores Protectores para la salud.

Hemos establecido el EMP (Examen Preventivo del Adulto) y EMPAM (Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor) como las actividades que permite trabajar en este ámbito. Sabemos que si potenciamos los factores protectores en nuestra población lograremos mejorar su calidad de vida e indicadores de salud.

Es un desafío lograr que nuestra población Adulta acceda a la intervención ya que es una población laboralmente activa. Realizamos todos los esfuerzos para alcanzar las metas establecidas anualmente, a través de exámenes preventivos intra y extramurales.

Una de la Estrategias para intervenir a la población Adulta es el Programa Elige Vivir sano cuyo objetivo es disminuir los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación con la condición física en niños, niñas, adolescentes y adultos de 6 meses a 64 años, a través de dos componentes: alimentación saludable y actividad física y tiempo libre.

El programa actualmente considera las siguientes prestaciones mínimas: 2 consultas de nutricionista, 2 evaluaciones de condición física, 3 talleres de círculos vida sana y 48 sesiones de actividad física.

El reto es mantener a la población adulta mayor funcionalmente sana, para lograr el objetivo se han implementado estrategias de intervención que tiene por objeto detectar a Adultos Mayores en riesgo de perder la funcionalidad. El instrumento EMPAM permite medir la funcionalidad, detectar problemas de salud y/o factores de riesgo generando un Plan de Atención y Seguimiento.

Se programan anualmente más de 5.000 controles integrales del Adulto Mayor por Enfermera en la Programación Numérica. Esto nos permitiría dar cumplimiento al objetivo antes descrito y lograr los indicadores de salud asignados a la Comuna.

Además se implementa el “Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes cuyo propósito es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria, para ello se implantan programas que entregan continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores, mediante capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional a sus organizaciones sociales locales, esto a través de talleres impartidos por una dupla de profesionales. Las personas mayores de los CESFAM recibirán una atención promocional y preventiva de estimulación en habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas, autocuidado y estilos de vida saludable. Este programa está dirigido a personas de 65 años y más inscritos en el Centro de Salud y que tengan el examen de medicina preventiva vigente con resultado de Autovalentes con y sin riesgo y en riesgo de dependencia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4**REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL.**

El enfoque de ciclo vital pone en relieve la perspectiva temporal y social de la salud de las personas, y es utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores físicos y sociales que se presentan durante las distintas etapas del ciclo vital. Estos factores pueden influir en la probabilidad de contraer enfermedades, principalmente crónicas, y afectar el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida.

Para el manejo adecuado de los problemas sanitarios del adulto mayor, se han implementado variadas estrategias. En la actualidad se cuenta con el EFAM, instrumento que permite la detección de adultos mayores en la comunidad que estén en riesgo de perder funcionalidad en el corto y mediano plazo y que está incorporado en el EMPAM antes descrito.

Otra importante estrategia desarrollada corresponde al diseño e implementación de talleres de prevención de caídas, destinados a kinesiólogos. El régimen GES incorporó durante la última mitad de la década gran parte de las patologías más relevantes de los adultos mayores: vicio de refracción en mayores de 65 años; artrosis de cadera con limitación funcional severa (mayores de 65 años); neumonía adquirida en la comunidad (mayores de 65 años); órtesis o ayudas técnicas (mayores 65 años); hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono; salud oral integral para los adultos mayores de 60 años; artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada (mayores de 55 años).

Todas estas se ven en APS mediante consultas por todo el Equipo de Salud.

Otra estrategia es el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM). Su propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, disminuyendo la fragilidad.

Muchas de nuestras actividades programadas que fueron referidas en los otros Objetivos estratégicos tienen relación con mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores. Por otro lado, una Se programa EMPAM, Vicio de Refracción en UAPO, Ges de Artrosis y ortesis, consulta Dental, etc. Que favorecen el cumplimiento de los planes de intervención propuestos para cada individuo de acuerdo con su evaluación y otorgan una atención integral, con buena resolutive y mayor complejidad, favorece la mantención de autovalencia en el Adulto Mayor.

Los otros Objetivos estratégicos planteados para lograr los Objetivos sanitarios de la década 2011-2020 se relacionan con Determinantes sociales, Ambiente, Alimentos y Trabajo, Fortalecimiento del Sector Salud, Acceso y Calidad de la Atención de Salud, Emergencias y desastres que no tienen relación directa con las problemáticas establecidas en el Plan de Salud, pero que deben ser considerandos para nuestro trabajo con la Comunidad, intersectorial y establecimientos de salud.

PROGRAMA DE LA MUJER A LO LARGO DEL CICLO VITAL

El ministerio de salud elaboró la estrategia nacional de salud para la década 2011 a 2020 con el propósito de dar cumplimiento a objetivos estratégicos con resultados concretos y medibles apuntando a reducir el impacto de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, así como abordar riesgos para la salud en las diferentes etapas de la vida.

Así como lo plantea la estrategia nacional de salud, nuestro Plan de salud Comunal también trata las etapas de la vida, abordando el plan de salud en ciclo vital. El Programa de la Mujer y el Programa Chile Crece Contigo se encuentran inmersos transversalmente en el plan de salud tanto en el ciclo vital infancia, adolescencia, adulto y adulto mayor.

Par cumplir con el logro de los objetivos estratégicos, en la Atención Primaria de Salud se utilizan una serie de indicadores que son analizados y puestos en marcha por el equipo, entre estos se encuentran las metas sanitarias, los Índice de actividad de atención primaria (IAAPS), COMGES, los que, entre otros indicadores son la matriz para la elaboración de nuestro plan de salud comunal.

A continuación, analizaremos los objetivos estratégicos según la implicancia del programa de la mujer:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.

En el plan de salud se abordan las ITS y VIH como enfermedades transmisibles, teniendo en cuenta la epidemia de VIH en Chile y que esta se caracteriza por ser predominantemente de transmisión sexual. Hemos mantenido durante el año y programado para el próximo año acciones preventivas y de pesquisa de VIH. Realizamos consejería pre y post test a todas las embarazadas que ingresan a control prenatal, repitiendo el examen entre las 32 y 34 semanas de gestación según norma vigente de transmisión vertical de VIH.

Todo paciente pesquisado con VIH en los CESFAM o con diagnóstico de VIH desde extrasistema es derivado oportunamente a infectología para ingreso a Programa VIH en CRS Cordillera. Actual centro de derivación.

Además de lo anteriormente mencionado se realizan actualizaciones en VIH e ITS al equipo de salud.

La estrategia nacional de salud plantea para este objetivo 4 estrategias:

1. Aumentar la toma de examen de pesquisa de VIH.
2. Estimular el ingreso precoz a tratamiento.
3. Desarrollar un modelo de focalización y priorización en personas con riesgo de baja adherencia.
4. Fortalecer el modelo de atención integral.

Es fundamental para disminuir la mortalidad y mejorar la sobrevida en pacientes con VIH la detección temprana de esta infección. Como estrategia se incorporó a fines de 2018 en los centros de APS pertenecientes al SSMO el "test rápido para detección de VIH", el cual se ha mantenido hasta hoy, dando acceso a pacientes que lo solicitan, sumando una oportunidad de detección junto con el test de ELISA.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Dentro de la estrategia nacional de salud la detección de las enfermedades cardiovasculares es uno de los grandes objetivos planteados.

El programa de la mujer participa con la detección de Diabetes Gestacional en todas las embarazadas que ingresan a control prenatal. La Matrona solicita glicemia en ayunas junto con la primera batería de exámenes en el primer control de embarazo, adicionando entre las 24 a 28 semanas la PTGO, cuando la glicemia de ayunas es normal y posteriormente en el tercer trimestre del embarazo cuando la paciente tiene factores de riesgo para DG, se solicita nuevamente la PTGO entre 32 y 34 semanas de embarazo. Si se detecta algún valor alterado se deriva según flujograma a nivel secundario, dando cumplimiento a garantía GES.

A la 6° semana postparto la Matrona solicita una nueva PTGO, si se obtiene un resultado alterado la paciente ingresa al programa cardiovascular, permitiendo el control precoz de la DM2.

Hay que considerar que la DG es un importante factor de riesgo para padecer de DM posteriormente, y que el control prenatal es una importante oportunidad para realizar exámenes de detección cardiovascular, además de ser un momento en que la mujer accede a más educación en estilos de vida saludable.

Dentro del objetivo estratégico 2, se encuentra reducir la tasa de mortalidad por cáncer. Las 5 mayores incidencias por localización de cáncer en Chile son próstata, mama, estomago, pulmón y cervicouterino. (Globocan, 2008).

Nuestro plan de salud incorpora la pesquisa del cáncer de mama y cervicouterino, este último incorporado además en las Metas Sanitarias. Para el logro de esta meta sanitaria se utiliza como principal estrategia una Matrona quien destina la mañana de su jornada laboral para el rescate y pesquisa de mujeres entre 25 y 64 años con Papanicolaou (PAP) no vigente o que nunca se han realizado PAP, tomando el examen en el momento en que la paciente accede (estrategia de puertas abiertas), además a esta estrategia realizamos campañas de PAP en instituciones que pertenecen a nuestra área de trabajo según distribución de la comuna, como son los jardines infantiles, colegios, universidades aledañas.

Nuestros CESFAM han tenido un aumento sostenido en la cobertura de PAP. El año 2018 se logró el cumplimiento de la meta de un 67,9%.

La meta nacional es lograr un 80% de cobertura, estrategia que cuenta con evidencia para disminuir la morbimortalidad por cáncer cervicouterino. Con respecto al cáncer de mama, nuestro CESFAM cuenta con recursos económicos del programa imágenes diagnosticas, por lo que puede dar acceso a mamografía, eco tomografía mamaria y examen complementario a todas las pacientes inscritas sobre 40 años, o antes con antecedentes familiares directos de cáncer de mama. Esto garantiza que más de 2300 mujeres accedan a mamografía gratis durante el año.

En la Estrategia de salud se hace hincapié en el examen físico de mamas (EFM) como medida de detección precoz de cáncer de mama, examen que es realizado por profesional Matrona en el control ginecológico.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Desarrollar hábitos y estilos de vida saludable que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población.

Este objetivo plantea aumentar la conducta de práctica sexual segura, teniendo presente que las prácticas sexuales de riesgo contribuyen a consecuencias negativas para la salud como son el contagio por ITS y/o VIH o consecuencias emocionales y sociales como son un embarazo no deseado o no planificado.

Para dar cumplimiento a este objetivo se incluye en el plan de salud aumentar la cobertura de método anticonceptivo en adolescentes entre 15 y 19 años inscritos, el cual corresponde a un IAAPS.

Se realiza por parte del profesional Matrona consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes inscritos en los CESFAM.

Para el año 2020 se realizarán charlas de educación sexual y afectividad a docentes que acuden a reuniones de comisión mixta, esto para que los docentes mejoren sus herramientas en temáticas de educación sexual y puedan replicar en sus alumnos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital.

Uno de estos objetivos es disminuir la mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad materna se ha mantenido relativamente estable en la última década. El año 2008 alcanzó una tasa de 16,5 por 100.000 RNV. La mayoría de estas muertes se debieron a preeclampsia- eclampsia y a enfermedades del aparato circulatorio. Esto debido al envejecimiento de la población de mujeres en edad fértil, sumado a la postergación de la maternidad, ha producido un aumento de los nacimientos en mujeres de 40 o más años. Lo que explica que las enfermedades concomitantes sean una causa importante de las muertes maternas en Chile.

Esta realidad se replica en nuestros CESFAM. De todos los ingresos de embarazo un 19% corresponden a mujeres sobre 35 años, muchas de las cuales tienen enfermedades cardiovasculares crónicas o son detectadas en los controles prenatales. Para lograr una oportuna derivación de nuestras pacientes a nivel secundario tenemos horas de ingreso prenatal protegidas para asegurar el ingreso precoz, idealmente antes de las 14 semanas de embarazo. Esto corresponde a un indicador IAAPS, meta que fue lograda el año 2018 con un 90,4 %.

Además del ingreso precoz de embarazo, durante los controles prenatales son solicitados exámenes y ecografías de rutina a todas las gestantes según norma vigente y según última guía perinatal, con el objetivo de detectar a tiempo no solo enfermedades cardiovasculares si no también enfermedades infecciosas (Chagas, sífilis, VIH) las cuales han tenido un aumento en Chile en los últimos años.

Dentro del objetivo estratégico (OE) 4, se encuentra disminuir el embarazo adolescente, el que es considerado una problemática social vinculada a los derechos sexuales y reproductivos. Dentro de los factores que influyen en un embarazo adolescente se encuentra el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida e inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Lo anteriormente mencionado está planteado en el plan de salud a través de la meta de aumento de cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años. Tema abordado en el objetivo estratégico 3.

Cabe señalar que los embarazos adolescentes entre 15 a 19 años corresponden en nuestra comuna al 6% del total de ingresos de embarazo, lo cual es bajo considerando que a nivel nacional.

Mejorar la calidad de vida en la mujer climática, es parte del OE 4. El progresivo aumento en la expectativa de vida ha llevado a darle importancia a los múltiples síntomas asociados al cese de la función ovárica y su expresión clínica lo que puede deteriorar fuertemente la calidad de vida. Es por esto por lo que en la estrategia nacional se proponen 3 líneas de acción:

- Evaluación periódica de la calidad de vida a nivel poblacional
- Aumento de cobertura y calidad de la atención por síntomas climáticos
- Difusión a nivel poblacional de contenidos relacionados a esta etapa.

Desde la implementación de la orientación técnica de climaterio el año 2015, donde se capacitó a todas las Matronas a nivel nacional se comienza en nuestra comuna a aplicar la pauta MRS que evalúa calidad de vida en pacientes climáticas entre 45 y 64 años. Junto a esto último, en CESFAM Salvador Bustos, este año se comienza a realizar talleres y controles de piso pélvico, con el objetivo de disminuir la incontinencia de orina y prolapso genital principalmente en mujeres climáticas, lo que contribuye sin duda en la mejora de la calidad de vida de las pacientes en esta etapa de la vida.

El resto de los objetivos estratégicos (OE 5 al OE 9) no tienen directa relación con el programa de la mujer, por lo que no será abordado en este documento.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Desde el enfoque de Derechos, la participación ciudadana en Atención primaria considera como elemento fundamental para la gestión de la salud la incorporación de la opinión de los usuarios y de la comunidad como mecanismo esencial en el ejercicio de sus Derechos.

Desde la Norma general sobre Participación ciudadana en la gestión pública de salud de la ley 20 500 sobre Asociaciones y Participación ciudadana en la gestión pública, la participación ciudadana en salud se define como ***“ la capacidad de incidir en las decisiones respecto a la salud ya sea que se relacionen con el diseño implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversiones de recursos públicos.”***

La incorporación del enfoque de derechos en las políticas públicas ha permitido que la comunidad tenga un rol más activo ejerciendo control social sobre la gestión pública, tanto desde el punto de vista de la calidad de los servicios como en el uso de los recursos públicos en relación con necesidades y expectativas de la población. De esta manera, involucrando a la comunidad en las tomas de decisiones se desarrolla un proceso de colaboración en el cual se identifica las áreas críticas, la mejoría de la calidad de los servicios y programas sociales, se genera mayor pertinencia de las acciones en relación con necesidades y expectativas de la población, y, por consiguiente, se aumenta la satisfacción de los usuarios.

Los principales mecanismos de participación social a nivel comunal son:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Comité de usuario en gestión de reclamo) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud. (Diagnostico Participativo en salud).
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en cuenta pública participativa (Cesfam Salvador Bustos y Cesfam Rosita Renard), Cartas de Derechos y Deberes (campaña comunicacional.)
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud (Informe mensual OIRS, plan de trabajo de los consejos de desarrollo de Salud).
- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

La realización de un diagnóstico participativo permite identificar los problemas que afectan a la población de una realidad social que se quiere intervenir en un momento determinado, con la participación de los ciudadanos y las comunidades organizadas elaborando propuestas de intervención. Por ende, es un proceso de participación de la comunidad en conjunto con los equipos de salud, que permite obtener información útil para visualizar las áreas de mayor interés de la población, las carencias, fortalezas y recursos facilitando así la implementación de un plan de intervención co-construido con la comunidad.

La soledad del adulto mayor relacionándolo con el tema del aislamiento social/ falta de asociatividad y la desinformación de la comunidad sobre funcionamiento de la red de SSMO y procedimientos locales son aspectos que se debe seguir mejorando.

Y finalmente, es necesario destacar el aporte del programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas PESPI, que permite generar espacio de asociatividad a través de una intervención socio educativo desde un enfoque intercultural. Programa que trabaja activamente en nuestros Cesfam y Comunalmente.

IX. CENTRO DIURNO DEL ADULTO MAYOR DE ÑUÑO A

Considerando nuestra realidad local respecto a la población de Adultos mayores (> a 60 años) a nivel comunal, con un 34% de la población inscrita en nuestros Centros de Salud y un 20% de la población de la comuna, se ha planteado la necesidad de abordar el tema de una manera dirigida y particular, orientado a mantener un envejecimiento activo, para lo cual es esencial la protección y promoción de la vejez, fomentando el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores.

Este Centro diurno tendrá como misión relevante mantener al adulto mayor en su entorno familiar, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales, de tal manera de contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad.

Nuestro programa se basa en experiencias exitosas a nivel internacional, potenciando el trabajo con personas mayores con dependencia leve, en un espacio físico, Ex ECESFAM Salvador Bustos, con las condiciones de habitabilidad adecuadas, determinadas por SENAMA.

A modo de ejemplo el Programa contará con 2 componentes:

1. Atención al adulto mayor propiamente tal, en situación de dependencia leve y vulnerabilidad, con intervenciones en desarrollar habilidades personales y sociales. Por ejemplo: talleres de estimulación cognitiva, de resolución de conflictos, de habilidades de autonomía, de autoestima, actividad física, prevención de caídas, etc.
2. Prestaciones de servicios de apoyo al grupo familiar y a los cuidadores informales, por ejemplo: Talleres de participación comunitaria, Talleres educativos de información, Talleres de buen trato, de trastornos conductuales, etc.

Pretendemos entregar prestaciones complementarias como alimentación, transporte, actividades de esparcimiento de recreación, manualidades, actividades culturales, cine, deporte, baile y orientación legal, nutricional, etc.

La dotación de recurso humano en primera instancia referencial, implica un Coordinador, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social, Psicólogo, Podólogo y Profesores para los diferentes Talleres.

El financiamiento del programa contempla:

1. Nivel Central: Per cápita SENAMA
2. Subvención Municipal
3. Convenio CMDS – DIDECO (Programa Adulto Mayor)

X. PROGRAMACIÓN 2020

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 60 % o más de LME a los 6 meses	Incentivar LME hasta los 6 meses: Capacitación: - equipo profesional en fomento y promoción de LME -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 y en Controles de Salud en General Programa Vida Sana Aplicación de pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso en niños eutróficos. Monitoreo mensual de lactancia materna en menores de 6 meses por Equipo de Epidemiología y Programa infancia	Nº de niños 6 meses controlados con LME Nº de niños de 6 meses controlados Nº de profesional médico que atienden niños capacitado en lactancia materna Nº total de profesionales que atienden Niños Nº de talleres de fomento de LME a embarazadas realizados al año (línea base programa). Nº de niños controlados a los 3 meses Nº de niños BC de 3 meses. Nº de puerperas contactadas telefónicamente (efectivas) Nº de binomios realizados por matrona Nº de primer control de lactancia materna realizados Nº de binomios realizados por matrona Nº de niños < 6 años inscritos con diagnóstico nutricional normal Nº de niños BC < 6 años inscritos Nº de niños 5 m y 3 años 6m con control nutricional Nº de niños 5 m y 3 años 6m bajo control Porcentaje de personas de 2 a 5 años del programa VS con primer control realizado Porcentaje de personas de 2 a 5 años del programa Vida Sana 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:	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 inscritos con diagnóstico nutricional normal 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.	

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS 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	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 (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 programa por equipo de salud Nº de niños ERC existentes Médico Capacitado en IRA en el año Nº de adolescentes ERC atendidos en programa por equipo de salud Nº de adolescentes existentes Nº de Guía anticipatoria entregadas en niños que se hospitalizan Nº de visitas domiciliarias realizadas a crónico respiratorio (según norma) Nº de visitas programadas a crónico respiratorio según la norma Nº de control preingreso por kinesiólogo niños y adolescentes realizados Nº de ingresos médicos de esta población Nº de niños crónicos respiratorio de 4 a 12 años con pauta aplicada de control de asma con 20 o más puntos PBC de crónicos respiratorios de 4 a 12 años Nº de pautas de compensación aplicadas a niños crónicos respiratorios de 4 a 12 años 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
			Aumentar en 1 punto porcentual la adherencia a control de Adolescentes 10-19 a con ERC (Logrado el 2018: 78%) Lograr 80% y más de compensación de los niños crónicos respiratorios de 4 a 12 años						
	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R

CICLO VITAL: INFANCIA		2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE		J E F F E P R O G R A M A I N F A N T I L		
Dar atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio, reforzando activamente la adherencia a ésta	Atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio	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 (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 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
	Aumentar en 1 punto porcentual la adherencia a control de Adolescentes 10-19 a con ERC (Logrado el 2018: 78%) Lograr 80% y más de compensación de los niños crónicos respiratorios de 4 a 12 años					

[illegible]

	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 Ceesfam	Atención del 100% de los niños y adolescentes de hogares de menores inscritos en el Ceesfam (Hogar Fundación San José -Aldeas SOS)	Mantener actualizado catastro de niños y adolescentes perteneciente a hogares de SENAME (Georeferenciados Ceesfam Salvador Bustos) 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 en Autocuidado a niños y adolescentes de Instituciones Colaboradoras de SENAME Ingreso a Sala de Estimulación niños menores de 5 años de Hogares Colaboradores del SENAME	Nº de niños y adolescentes de hogares de menores con <u>controles de salud al día</u> Nº total de niños y adolescentes de hogares de menores BC Listado de niños y adolescentes pertenecientes a hogares de menores entregados a sectores Nº de niños y adolescentes de hogares de menores presentados en RCC Nº de fichas clínicas auditadas de niños y adolescentes de <u>hogares de menores</u> Nº total de de niños y adolescentes de hogares de menores BC Nº de Sesiones Educativas realizadas Nº de niños menores de 5 años <u>ingresados a SE</u> Nº de niños menores de 5 años de Hogares Colaboradores del SENAME	Registro local REM 01 REM 27 REM P13	Coordinación con Hogares de menores Georeferenciados Ceesfam 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 Ceesfam						

	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)	Coordinación con Equipo para el Examen de Salud según Flujograma.	<u>Nº de niños menores de 3 años con cepd=0 X 100</u> Total de niños menores de 3 años inscritos y validados	REM 09 REM 03			J E F E P R O G R A M A O D O N T O L O G I C O
			Lograr cobertura de 100%, en controles odontológicos en niños de 3 a 6 años	Capacitar al equipo de salud pediátrico en el componente odontológico, promoviendo el uso de instrumentos de registro, y la distribución de material de apoyo.	<u>Nº de niños de 3 a 6 años en control odontológicos (programa CERO) X 100</u> Total de niños de 3 a 5 años inscritos y validados	REM 09 REM 03			
			Alcanzar al menos un 79% de cobertura en tratamiento integral odontológico de niños de 6 años. (Meta Sanitaria)	Coordinar trabajo con el equipo de sector para que realicen oportunamente las derivaciones a control odontológico desde los 6 meses de edad.	<u>Nº de niños de 6 años alta odontológica total X 100</u> Total de niños de 6 años inscritos y validados	REM 09			
			100% acceso población de 6 años (GES)	Pesquisa de niños de 6 años para derivar a Tratamiento Odontológico.	No tener lista de espera de niños para atención odontológica	REM 09			
			Aumentar cobertura odontológica de niños de la comuna	Coordinar trabajo con Programa Infantil.	<u>Nº pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u> Nº pacientes que consultan por urgencia odontológica GES	REM 09			
			Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES	Rescate de pacientes.	<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	REM 09			
			Promoción y evaluación de la salud bucal de la población de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna.	Atención odontológica a toda la población de niños inscritos en Cesfam que soliciten tratamiento.	<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			
				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.					

	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 AUGÉ: Actualización IRA-ERA a equipo médico. Sesiones Educativas en Sala de Espera	N° de niños menores de 0- 6 meses controlados con score IRA aplicado 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 a padres de niños de 0 a 3 meses en factores preventivos y de consulta oportuna de IRA Cumplir Metas de Campaña de Invierno 2020	Priorización de la atención de niños según Pauta de Riesgo SCORE de IRA 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 Coordinación de complejo de salud Urgencia Niña derivación y contraderivación de niños con patología respiratoria sala IRA Vacunación Anti influenza en población objetivo	N ° de padres de niños de 0 a 3 meses, educados en fact prev y consulta oportuna N ° de padres de niños de 0 a 3 meses N° de profesional médico capacitado en IRA N° total de profesionales médicos que atienden niños N° 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 CUN capacitados en normas IRA Cumplir porcentaje de vacunación Vacuna anti influenza		Usuaris embarazadas informadas sobre IRA Trabajo en Red del Complejo durante Campaña de Invierno		

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

	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	95,16% cobertura EEDP a los 18 meses	Auditoría de fichas electrónica y tarjetones de niños ingresados a déficit DSM de 18 meses	Nº de niños de 12 a 23 meses con aplicación de <u>EEDP</u> Nº total de niños de 12 a 23 meses bajo control	REM03 REM26 REGISTRO LOCAL REM P13	Niños de 8 y 18 meses con evaluación de desarrollo psicomotor vigente		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
			Lograr 90% recuperabilidad niños de 8 meses con déficit de DSM Lograr 90% recuperabilidad niños de 18 meses con déficit de DSM Lograr el 100% de ingreso a Sala de Estimulación de los niños de 0 a 5 años de Hogares colaboradores del SENAME Lograr cobertura del 50% de asistencia a Talleres de DPpM temprano y lenguaje de niños menores de 12 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 por Enfermera para Reevaluación de DPpM Derivación a Sala de Estimulación de niños de Hogares de Menores colaboradores del SENAME Talleres ChCC de DPpM 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	Nº de ingresos y controles asistentes en el mes a sala de estimulación Nº 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 Nº de niños con Déficit DSM ingresados a Sala de <u>Estimulación</u> Nº de niños con Déficit DSM diagnosticados Nº de visitas realizadas por asistente social a niños con déficit de DSM Nº de niños diagnosticados con déficit de DSM Nº de niños menores de 12 meses, asistentes a Taller ChCC de DPpM y <u>Lenguaje</u> Total de niños menores de 12 meses BC Nº de niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del <u>SENAME</u> ingresados a Sala de Estimulación de Nº niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME		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		

	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 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 75 % 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 IV° Medio de Colegios de la comuna (Municipales y Particulares subvencionados)	Coordinación con los Colegios (directores, inspectores, profesores).	<u>N° de adolescente de 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 pesados 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	Nº 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

	PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL : ADOLESCENCIA	3. TRASTORNOS EMOCIONALES Y COMPORTAMIENTO EN ADOLESCENCIA	Entregar acciones de salud integrales al adolescente	Atención integral a los casos de trastornos emocionales y de comportamiento de adolescente	Atención integral y coordinada con equipos de sector, presentación de casos en Reunión de casos complejos y consultorías psiquiatría infanto-juvenil.	N° de reuniones coordinadas con el extra sistema	REM 05	Lograr pesquisa según demanda		J E F E P R O G R A M A S A L U D M E N T A L
				Reforzar en equipo Pesquisa en control con adolescentes de temáticas de OH y Drogas Mantener participación en instancia de comisión mixta en donde se promuevan estrategias de prevención en consumo de Oh y Drogas Participación en red de Oh y Drogas De Servicio de Salud Metropolitano Oriente Atención integral y coordinada con equipos de sector , presentación de casos complejos en reunión de casos complejos y consultorías psiquiatría adultos Capacitación de Equipo en Problemáticas de Alcohol y Droga Consultas de Programa DIR, por Psicólogo Talleres de Prevención de consumo de alcohol y drogas	N° de casos con trastornos emocionales con atención integral Total de casos con trastornos emocionales <u>Hrs. DIR utilizadas x 100</u> Hrs DIR programadas	REM 03 y 27			

	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 2020		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	SALUD CARDIOVASCULAR	Peequisar enfermedades de Salud CV atingentemente	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 70% de paciente diabético 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, CUN, 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 para rescate de inasistentes. Aplicación de Pauta de Evaluación ERC: Registro diario en Agenda y Tarjetón (Médico).	N° de DG en embarazadas bajo control N° ingresos de embarazo Numero de auditorías de pacientes con DG Púerperas con PTGO tomada a la 6° semana post parto púerperas con DG N° de evaluaciones de pie diabético realizado Total de pacientes diabéticos bajo control N° personas PSCV con Pauta Aplicada N° Total de personas del PSCV N° de pacientes DM con pie diabético dgto Alto y Máximo, reevaluados 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 Puerperas 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 Realizar Taller de Trastornos Mixtos de Ansiedad y Depresión en Adultos y Adultos Mayores	Nº de casos atendidos por trastorno emocional Total de casos con trastornos emocional derivados Nº de consultorías realizadas Nº De atenciones a embarazadas Nº personas de alta del programa de depresión Nº personas ingresadas a programa Nº pacientes egresados por mes Hrs. DIR utilizadas x 100 Hrs DIR programadas	REM P 6 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 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	Mamografías realizadas 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 TRANSMISIBLES (ITS-VIH)	Mantener acciones preventivas y de pesquisa para enfermedades transmisibles (ITS-VIH)	Consejería pre-test al 100% de embarazadas	Consejería Pre-test VIH al ingreso de embarazo	Nº de Consejerías VIH, realizadas a embarazadas al ingreso X 100 Nº embarazadas ingresadas	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
		Atención al 100% de los pacientes seropositivo pesquisados	Consejería Pre-test VIH entre 32 y 34 semanas	Consejería Pre-test VIH entre 32 y 34 semanas	Nº de Consejerías VIH, realizadas a embarazadas entre las 32 a 34 semanas X 100 Nº embarazadas ingresadas			
		Promover conductas protectoras en el equipo de salud, que prevengan la transmisión ITS- VIH	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 +	Nº de usuarios seropositivos atendidos Nº de usuarios seropositivos pesquisados				
			Registro y seguimiento pacientes VIH positivos.					
			Capacitación anual a equipo sobre actualización ITS, incluido VIH y consejería pre y post test VIH.	Vigilancia epidemiológica.				
			Difusión en sectores de Flujograma en caso de Accidente Laboral.	Informe semestral protocolo RH 4.2 (accidentes con fluidos de riesgo y corto punzante)				
			Difusión de protocolo "Manejo de fluidos corporales." (C. Paritario/Calidad) a complejo Salvador Bustos					
			Mantenimiento de elementos protección personal a funcionarios del complejo de salud					
			Entrega de material educativo: cartillas, dípticos, etc.					

	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.	<u>Nº de pacientes de 60 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica integral X 100</u>	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
				Coordinaciones con el sector para asegurar una atención odontológica oportuna.	Nº total de pacientes de 60 años inscritos y validados				
				Atención Odontológica de Especialidades para pacientes de 60 años (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis Removible)					
			Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES	Rescate de pacientes	<u>Nº de pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u>	REM 09			
				Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia.	Nº de pacientes que consultan por urgencia odontológica GES				
			Alcanzar al menos un 70% de cobertura en altas odontológicas integrales en embarazadas	Atención Profesional de Urgencia		REM 09			
				Prioridad inmediata (Agenda antes de 5 días hábiles en SOME)	<u>Nº de embarazadas ingresadas a tratamiento odontológico con Alta Integral X100</u>				
				Atención Odontológica de Especialidades para embarazadas (Endodoncia, Periodoncia y Prótesis)	Nº embarazadas ingresadas a programa embarazadas				
			Aumentar cobertura odontológica de la población adulta de la comuna	Rescate de Pacientes	Lista de espera de adultos con no más de 4 meses de permanencia.				
				Aumentar o mantener cobertura odontológica de la población adulta inscrita en CESFAM que soliciten tratamiento.					
			Atención odontológica a grupos priorizados: DM, VIH, inmunodeprimidos	Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adultos.	<u>Nº de pacientes diabéticos atendidos</u> Nº de diabéticos inscritos validados	REM Anexo P4			
				Facilitar el acceso a estos pacientes.					

	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 2019 en Población >65 años Meta 2019: 45% Logrado estimado 2019: 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>MÁS</u> . % de AM que mantiene mejora su condición funcional Nº de Controles de Seguimiento paciente Ad. Mayor con Riesgo de Dependencia y Autovalente con <u>Riesgo</u> 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 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	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	ACTIVIDADES	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	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	Capacitar a la familia en el cuidado del paciente (ingresos y antiguos)	% cuidadores capacitados (de los ingresos y del total)	P3 Rem 03 09 26 y 27 Registro local	Familias con herramientas para enfrentar el cuidado de personas dependientes y para realizar un Autocuidado. Paciente Dependiente Severo con Evaluación Integral Anual		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
				Taller de apoyo a cuidadores de postrados. Aplicación del Test de Zarit del cuidador. Curso "Manejo Avanzado de Heridas para Enfermeras (SSMO)" Catastro actualizado Curso de "Tratamiento del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado (SSMO)" Entrega de cuidados paliativos y alivio del dolor a pacientes terminales Monitorización mensual de V. Domiciliarias, por estamento Monitorización mensual de Aplicación de Zarit abreviado al Cuidador Proyecto de Acompañamiento al Cuidador Entrega Estipendio a cuidadores de postrados severos (FONASA A y B) Auditorías de Ficha (Auditoría Técnica Médica) Existencia Protocolo Programa de atención Domiciliaria en CESFAM Entrega y uso, al Equipo de salud del "Manual de cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía." Atención Odontológica Domiciliaria Pac. Dep. Severos y Cuidador (Meta definida: 13% Pac. Dep Sev)	Nº de talleres realizados Existencia de catastro sectorizado mensualmente. Nº de casos Auditados Nº de Pac. Dep Sev con VD primer contacto Nº Total pacientes severos Nº de Pac. Dep Sev con VD segundo contacto Nº Total pacientes Dep severos Nº de V. D. con fines Terapéuticos y/o procedimiento más seguimiento de Pac. Dep Sev Nº pacientes Dep severos Nº pacientes con Dep Severa sin LPP (Lesión Por Presión) Nº pacientes con Dep Severa Nº de Zarit Abrev aplicados a cuidadores Total de Cuidadores Nº pac. Dep Sev con indicación de NED (Nutr. Enteral Dom) Nº pac. Dep Sev Nº cuidadores de pac. Dep Sev con Ex Med Prev vigente Nº cuidadores de pac. Dep Sev Nº Atención Odontológica Domiciliaria Pac. Dep. Severos Nº pac. Dep Sev				

	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 resolutiveidad 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	Actualización en ERC a médicos por sector y al equipo de salud.	N° Reuniones equipo ERA realizadas N° Reuniones ERA programadas	REM 26 Registro local REM 23 P3	Atención de profesionales capacitados en norma de manejo enfermedades crónicas respiratorias		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
			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)	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)	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		Mejora de la adherencia al programa por parte de los usuarios		
			Aumentar la categorización por severidad de los pacientes mayores de 20 años con diagnóstico de EPOC y asma	Rescate de pacientes inasistentes y pasivos: telefónico, rescate desde vacunatorio en período de campaña antiinfluenza, rescate desde farmacia y visitas domiciliarias.	<u>N° pacientes con diagnóstico clasificados por severidad</u> N° pacientes en PBC ERA		Aumento de la población bajo control.		
			Aumentar el número de pacientes en control en programa ERA con espirometría vigente (anual).	Promover Autocuidado/adherencia: Llamado telefónico para confirmar hora ingreso y control crónico respiratorio.	<u>N° pacientes ERA con espirometría vigente</u> N° pacientes en PBC ERA		Mejora en la calidad de la atención: pacientes con diagnósticos clasificados por severidad y con espirometrías vigentes.		
			Aumentar el ingreso de pacientes con EPOC a programa de Rehabilitación Pulmonar	Aumentar pesquisa: espirometrías a personas mayores de 40 años con tabaquismo.	<u>N° pacientes ingresados a Programa Rehabilitación Pulmonar</u> N° pacientes con diagnóstico EPOC en PBC ERA		Mayor número de pacientes con diagnóstico de EPOC con acceso a Rehabilitación pulmonar.		
			Mejorar cobertura de vacunación antigripal en pacientes ERA.	Rescate desde programa IRA a pacientes con ERC que cumplen 20 años	<u>N° pacientes ERA (menores de 65 años) que recibieron VAG</u> N° pacientes ERA (menores de 65 años) en PBC ERA				
			Mejorar cobertura de vacunación antineumocócica en pacientes ERA de 65 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° pacientes ERA de 65 años que recibieron vacuna antineumocócica.</u> N° pacientes ERA de 65 años en PBC ERA				

	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 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 Aumentar o mantener cobertura odontológica de la población adulta inscrita en Cefam que soliciten tratamiento. Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adultos mayores	<u>N° de pacientes diabéticos atendidos</u> N° de diabéticos inscritos validados 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

[illegible]

	PRO B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
PROMOCIÓN: TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	1. PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Fomentar y promover Estilos de Vida Saludables	Elaborar y ejecutar Plan Interno de Promoción 2020	Desarrollo del Plan Local de Promoción: - Ejecución de Plan de Trabajo de Entornos Laborales Saludables 2020 - Ejecución de Actividades planificadas para el mes del Corazón - Realizar Talleres de Sexualidad y Afectividad en Comisión Mixta, entregando herramientas, privilegiando a profesores de los Jardines a 4º básico - Ejecución de Actividades planificadas en Aniversario Comunal, con enfoque en Promoción de Salud	Registro de actividades y listado de asistentes (estadísticas) Consejo de Desarrollo funcionando con Plan de Trabajo Existencia de informes de satisfacción usuaria. Existencia de documento Diagnóstico 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 local de Promoción Programa de Salud Intercultural ejecutado. Plan de Participación social ejecutado 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
			Elaborar y ejecutar Plan Interno de Participación Social 2020	Co Ejecución del Plan de participación 2019-2021 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 Usuaria en forma participativa y Plan para corregir brechas. Cuenta Pública Participativa					

	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 SUSES/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 SUSES/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 SUSES/ISTAS 21	Formularios de Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP) emitidos por el empleador. Resultados de reevaluación de encuesta SUSES/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 Mutual de Seguridad	Coordinar la realización de taller "Manejo Manual de Carga" con Mutual de Seguridad. Implementar las medidas de corrección sugeridas por Mutual 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 Mutual 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 Mutual de Seguridad. Informe de reevaluación de Manejo Manual de Carga emitido por Mutual 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

XI. PROGRAMACIÓN 2020

CESFAM ROSITA RENARD Y SAPU

SALUD EN LA INFANCIA

	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	OBS	R
Ciclo Vital: Infancia	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.	(N° de madres, padres y/o cuidadores de niños <5 años que ingresan a taller "Nadie es Perfecto" / N° total de niños <5 años bajo control) x100 N° 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".	(N° de asistentes al taller jugando aprendo/población bajo control de niños <1 año) x100	• REM 27			
	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 a 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: 2541	• 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	(N° de niños de 2 a 5 años que reciben educación y kit / N° 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 9 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 9 años • Entrega de Guía Anticipatoria. • Reforzar registro en ficha clínica (actividad "educación en salud bucal" de enfermeras, nutricionistas y odontólogos)	(N° de niños <9 años con cuidadores que reciben educación en buenos hábitos bucales / N° total de niños menores de 6 años bajo control) x100	Informe Rayén de la actividad seleccionada.	Se sugiere aumentar progresivamente los siguientes años.		

PREVENCIÓN	Detectar oportunamente factores de riesgo y/o alteraciones neurológicas del RN y fomento del vínculo madre-hijo	5) Lograr cobertura del 100% de controles de salud en población infantil ingreso-diada. (COMGES 3 prestación N°2)	Control de salud en población infantil ingreso - diada (madre -RN incluye puerperio)	(N° de controles de salud en población infantil ingreso-diada / N° de controles de salud en población infantil ingreso-diada comprometido según COMGES3) x100	REM A01, Sección A, Puérpera con Recién nacido hasta 28 días, celdas C18 a C21			Encargada Programa Infantil
	Detectar oportunamente factores de riesgo y/o alteraciones en el desarrollo infantil	6) Lograr cobertura de controles de salud de niños de 2, 4 y 6 meses, según compromiso 2020 para COMGES 3 (prestación N°1)	Control de salud en población infantil menor de 1 año (2, 4 y 6 meses), considerando una concentración de 3 prestaciones anuales.	(N° de controles de salud en población infantil menor de 1 año / N° de controles de salud en población infantil menor de 1 año comprometido según COMGES3) x100	REM A01, Sección B celdas H32+J32+L32		Corregir PBC: considerar a todos los niños menor o igual a 6 meses.	
		7) Lograr cobertura de controles de salud mental por enfermera en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME según compromiso COMGES3 año 2020.	- Controles de salud según ciclo vital por enfermera en Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME (COMGES 3 prestación N° 52) - Considerar una concentración de 3 prestaciones al año.	(N° de controles de salud mental por enfermera en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME / N° de controles de salud mental por enfermera en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME comprometido según COMGES3) x100	REM A01 Sección B, Celdas AL32		Comprometido para año 2019: 90%	
	Prevenir enfermedades prevalentes en población infantil. <i>Objetivo Impacto: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación</i>	8) 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. - Mantener práctica de tetanalgesia en box vacunatorio. - Implementar vacunatorio móvil en CECOF 1 vez al mes. - Información en circuito cerrado de TV.	(N° de niños de 2 meses vacunados / N° de niños de 2 meses esperados a vacunar) x100 (N° de niños de 4 meses vacunados / N° de niños de 4 meses esperados a vacunar) x100 (N° de niños de 6 meses vacunados / N° de niños de 6 meses esperados a vacunar) x100 (N° de niños de 1 año vacunados/ N° de los niños de 1 año esperados a vacunar) x100	Tarjetero de Vacunatorio. Registros Rayen			Encargada PNI

Ciclo Vital: Infancia	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	9) Lograr cobertura de la vacunación anti-influenza según lo comprometido en meta 2020	• 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 en forma general y por sector. • Información en redes sociales. • Mantener estrategia para facilitar acceso a vacunación en sector 4. • Vacunación antiinfluenza (grupos prioritarios) COMGES 3 prestación N°30)	Lograr cobertura de vacunación anti-influenza según meta 2020 (si/no) N° de usuarios con vacunación antiinfluenza	Tarjetero de Vacunatorio. RNI		Meta transversal a otro ciclo vital).	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	10) Lograr prevalencia de Lactancia Materna: • Al mes: 80% (meta local) • A los 3 meses: 60% (meta local) • A los 6 meses: Según Meta Sanitaria 2020	• Sesiones educativas de lactancia (taller CCC, Club de Lactancia Materna) • Consejería breve en lactancia en consultas y controles • Control de Diada • Clínica Lactancia Materna, con cupos protegidos • Citación de inasistentes • Revisión de tarjetero • Consulta 5º mes Nutricionista • Feria de Promoción • Reforzar flujograma de derivación a clínica de lactancia • Consulta de lactancia materna (COMGES 3 prestación N° 3)	(N° de niños <1 mes con LME / N° de niños <1 mes controlados) x100 (N° de niños <3 meses con LME / N° de niños <3 meses controlados) x100 (N° de niños <6 meses con LME / N° de niños <6 meses controlados) x100 (N° de consultas de lactancia materna realizadas/N° de consultas de lactancia materna comprometidas según COMGES3) x100	REM A03 sección A6 REM A04, Sección M: Consulta de Lactancia Materna en menores controlados, celdas F123 A K123+ F124 A K124+F125 A K125+F126 A K126		Actividad COMGES3 prestación N°3: en año 2019 se comprometió cobertura de 34% por enfermeras y 16% por nutricionistas, con una concentración de 3 prestaciones anuales de cada estamento. (se calculó con población bajo control).	E Prog. Infantil // Equipo Salud
		Detectar oportunamente riesgo de depresión materna <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	11) 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	(N° de niños de 2 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 2 meses controlados) x100 (N° de niños de 6 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 6 meses controlados) x100	Informe de formulario de Rayén "Pauta de edimburgo" / A01 sección B			Encargada P. Infantil // Enfermeras 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.	12) Aumentar número de aplicaciones de flúor barniz en menores de 20 años respecto al año anterior	• Realizar fluoración durante la atención integral.	N° de niños menores de 20 años que recibieron flúor barniz año 2020 N° total de niños menores de 20 años que recibieron flúor barniz año 2019	REM 09 sección B celda K24 a la Z24 2019 y 2020.			E. Dental

Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	OBS	R
Ciclo Vital: Infancia	Detectar oportunamente rezago y déficit en el desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño sano.	13) 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. • Educar a TENS en grupos prioritarios (para citación)	(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	Encargada Programa Infantil // Enfermera de Sector
		14) 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 • Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor en los 8 meses de edad (COMGES3 prestación Nº4, con una concentración de 1 prestación anual por enfermera) • Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor en los 18 meses de edad (COMGES3 prestación Nº5, con una concentración de 1 prestación anual por enfermera) • Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor en los 3 años de edad (COMGES 3 prestación Nº6, con una concentración de 1 prestación anual por enfermera)	(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 TEPSEI / Nº de niños de 36 a 47 meses controlados) x100 (Nº de controles de salud infantil con EDSM de 8 meses / Nº de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) x100 (Nº de controles de salud infantil con EDSM de 18 meses / Nº de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) x100 (Nº de controles de salud infantil con EDSM de 3 años / Nº de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) 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 -REM A03, Sección A.2, celdas H21 a H24+I21 a I24 -REM A03, Sección A.2, celdas J21 a J24+ K21 a K24+ L21 a L24+M21 a M24 -REM A03, Sección A.2, celdas N21 a N24+O21 a O24		Se deberá trabajar con Rayén para obtener datos claros para indicadores, con posibilidad de modificarlos según las fuentes que se puedan disponer.	
	Recuperar menores de 12 a 23 meses con déficit en el desarrollo psicomotor	15) 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			

Ciclo Vital: Infancia	Alteración del Desarrollo Psicomotor en el niño menor de 6 años	Detectar oportunamente cambios en el diagnóstico inicial del DSM en menores de 4 años	16) Lograr cobertura de 5% de consulta de reevaluación de déficit/rezago del DSM en niños menores de 2 años y 2% de niños de 2 y 4 años.	• Consulta de reevaluación de déficit/rezago del desarrollo psicomotor <2 años (COMGES 3 prestación N°10; se calcula con una concentración de 1 prestación anual por enfermera) • Consulta de reevaluación de déficit/rezago del desarrollo psicomotor de 2 y 4 años (COMGES 3 prestación N°11; se calcula con una concentración de 1 prestación anual por enfermera)	(N° de consultas de reevaluación de déficit/rezago del DSM en <2 años / Población bajo control de menores de 2 años) x 100 (N° de consultas de reevaluación de déficit/rezago del DSM de 2 y 4 años / Población bajo control de menores de 4 años) x100	REM A03, Sección A.2, celdas FGHJKLM: 25-26-27-28-29-30-31-32-33 REM A03, Sección A.2, celdas N25 a N33+O25 a O33		Encargada Programa Infantil // Enfermera de Sector
		Detectar oportunamente alteraciones del neuro desarrollo Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	17) 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 • Mejorar registros de control médico	(N° de niños de 1 a 2 meses con pauta aplicada / N° de niños de 1 a 2 meses controlados por médico en el mismo periodo) x100	Numerador: Informe extraído de Rayén (por formulario pauta neurosensorial) Denominador: Informe extraído de Rayén (por formulario control sano)		
	Alteración Nutricional en el niño menor de 9 años	Prevenir enfermedades crónicas no transmisibles Objetivo Impacto: Mantener o disminuir la obesidad infantil	18) Mantener proporción de niños con estado nutricional normal en menores de 6 años según IAAPS 2020 (2019: 60%)	• Consulta nutricional • 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 6 años con estado nutricional normal / N° total de niños < 6 años inscritos) x100	REM P2 sección A Población inscrita		E Prog. Infantil // Nutricionista de Sector
			19) Lograr cobertura de control de nutrición en población infantil menor o igual a 9 años por exceso y déficit según COMGES 3.	• Consulta de nutricionista en pacientes con malnutrición por exceso y déficit en población infantil menor o igual a 9 años de edad (COMGES3 prestación N°7, con una cobertura de 2 prestaciones anuales por nutricionista). Se calculó con población de niños menor o igual a 9 años inscritos en CESFAM.	(N° de consultas de malnutrición por exceso y déficit en población de menos o igual a 9 años) / N° de consultas de malnutrición por exceso y déficit en población de menos o igual a 9 años comprometidas en COMGES3) x100	REM A04, Sección B, celdas E38 a J38+ E39 a J39	Propuesta COMGES 2020: 27%	
			20) Mantener o disminuir el índice de obesidad en menores de 5 años.	• Reuniones Técnicas y de Estamento. • Consulta nutricional oportuna. • Monitoreo de inasistentes por sector • Rescate de inasistentes	(N° de niños <5 años con obesidad / N° de niños <5 años bajo control) x100	REM P2 sección A		
	Diagnóstico	Objetivo de Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	21) Lograr 100% de cobertura de consultas de morbilidad en población infantil menor de 10 años de edad, según compromiso COMGES 3. (prestación N°8)	• Consulta de morbilidad en población infantil menor de 10 años	(N° de consultas de morbilidad en población infantil menor de 10 años / N° de consultas de morbilidad en población infantil menor de 10 años comprometidas en COMGES3) x100	REM A04, Sección A, celdas E12 a J12 +REM A08, Sección A.4, celdas E37 a H37+ REM A23, Sección D, celdas F62 a K62		Jefe SOME

Ciclo Vital: Infancia	Trastornos emocionales y de conducta	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con trastornos mentales <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir la prevalencia de discapacidad	22) Detectar, diagnosticar y otorgar atención integral al 100% de los niños y adolescentes con trastornos conductuales y emocionales comprometidos a atender según meta. Meta 2019: 218	- Fortalecer pesquisa en equipo de salud - Atención integral - VDI priorizada (NNAJ apoya las VDI)	(N° de niños con trastorno emocionales y de conducta ingresados a tratamiento / N° de niños y adolescentes comprometidos a atender) x 100	REM 05 (ingreso médico).		*** Problema de salud priorizado N°3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. Prog. Salud Mental
			23) Aumentar el porcentaje de altas clínicas de niños/as con trastornos mentales en comparación al año anterior Altas 2017: 5 Altas 2018: 519 (limpieza) Altas 2019: 36	- Atención integral - Gestión de agendas - Monitoreo de casos severos en dupla psicosocial - Coordinación con Red (OPD, Cosam, Previf, HLCM y HDS)	(N° de altas clínicas de niños/as con trastornos mentales en el año/ N° de niños/as en tpo por trastornos mentales en el año) x 100	REM 05 REM 06			
	SENAME	Garantizar la continuidad de atención de salud para NNAJ en periodo de estadía en instituciones SENAME	24) Otorgar atención integral a niños, niñas, jóvenes y adolescentes con riesgo psicosocial que pertenecen a Red SENAME: - Lograr cobertura de controles de salud mental por trabajadora social en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME según compromiso COMGES3. - Lograr cobertura de controles de salud según ciclo vital por matrona en Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME según compromiso COMGES3.	- Control de salud mental por trabajador social en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME: COMGES 3 prestación N° 51, con una concentración de 1 prestación anual. - Derivación a trabajadora social al momento del ingreso con matrona. - Controles de salud según ciclo vital por matrona en Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME: COMGES 3 prestación N° 53, con una cobertura de 1 prestación anual. - Mejorar registro estadístico de matronas.	(N° de controles de salud mental por trabajadora social en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100 (N° de controles de salud mental por matrona en niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la red SENAME / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	REM A06 Sección A.1 Celda AO17 REM A01 Sección B, Celdas AL33			Encargada Programa Infantil // Enfermera Asignada
	VIF	Brindar atención integral y oportuna a niños/as víctimas de maltrato <i>Objetivo Impacto:</i> Disminuir la violencia de género	25) Aumentar la atención de niños/as de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación con el periodo anterior 2017: 0 a junio 2018 2018: 5 en el REM 2019: 24 a junio	- 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)	N° de niños/as de 0-9 años atendidos por maltrato	Registro interno.		*** Problema de salud priorizado N°3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. Prog. Salud Mental

Problemas de Salud bucal	Mejorar y mantener la salud oral en niños de 6 años. <i>Objetivo Impacto:</i> <i>Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable</i>	30) Lograr egreso del programa cero según meta sanitaria 2020 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 (según autorización SEREMI que amplíe prestación de 4º medios)	(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> <i>Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable</i>	31) Lograr altas odontológicas en personas de 7 a 19 años según IAAPS 2020.	- Derivación oportuna por equipo de salud. - Participación activa en Comisión Mixta - Difusión. - Registro y monitoreo. - Atención dental en clínica dental móvil (según autorización SEREMI que amplíe prestación de 4º medios)	(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 - Educación grupal en adolescentes (prevención de salud mental) COMGES 3 prestación N° 20	N° de adolescentes intervenidos a través del programa N° de talleres de prevención de salud mental en adolescentes.	Registro de asistencia en Rayén REM A27 Sección A, celdas J30+K30+J31+K31		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 16,4% en intervenciones de salud en población bajo control de 10 a 19 años	- 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 - Control de salud integral en población de 10 a 19 años (COMGES 3 prestación n°13)	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 N° de controles integrales en población adolescente de 10 a 19 años	Solicitar informe a Rayén / Per cápita para adolescentes de 10 a 19 años REM A01 Sección D, celdas C69+F69	*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Adoles.
			4) Lograr el cumplimiento de cobertura de consultas nutricionales en población adolescente (10 a 19 años) según COMGES 3 (prestación N° 19)	Consulta nutricional en población adolescente (Población entre 10 y 19 años) según COMGES 3 (prestación N° 19) con una concentración de 1 prestación anual por nutricionista.	(N° de consultas nutricionales en población adolescente / N° de consultas nutricionales comprometidas según COMGES3) x100	REM A04, Sección B, celdas K37 a N37+ K38 a N38+K39 a N39		Ref Técnico Nutricionista22
		<i>Objetivo Impacto: Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida</i>	5) Entregar herramientas para la prevención de violencia en adolescentes, dirigidos a padres y profesores	- Coordinación con la red - Comisión mixta-colegio - Charlas psicoeducativas en colegios - Uso y abuso de tecnologías – Vif en el pololeo (padres y profesores)	N° de sesiones psicoeducativas realizadas	REM 27 Registro de asistencia		E. Prog. Salud Mental
		Disminuir la morbilidad asociada a consumo de tabaco <i>Objetivo Impacto: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de Tabaco</i>	6) 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

Ciclo Vital: Adolescencia	PREVENCIÓN	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva del adolescente de 10 a 19 años	7) Realizar al menos al 10% de los adolescentes inscritos Consejerías en SSyR.	- Consejerías en SS y R oportuna. (COMGES 3 prestación N° 17) - Mejorar el registro (énfasis estamento enfermeras)	N° de consejerías SSyR en adolescentes (entre 10 y 19 años) / Adolescentes inscritos en Cefam	REM A19a Sección A, celdas (JKLM: 58+59+60+61+62+63+64)		*** Problema de salud priorizado N° 3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Mujer
		Objetivo Impacto: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	8) 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			
			9) 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 - Control de regulación de fertilidad en población adolescente entre 10 y 19 años según comprometido en COMGES 3 (prestación N°16), con una concentración de 2 prestaciones al año por matrona. - Control integral prenatal adolescente - ingreso en población mujer entre 10 y 19 años según COMGES 3 (prestación N°15), con una concentración de 1 prestación anual por matrona.	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 (N° de controles de regulación de fertilidad en población adolescente entre 10 y 19 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100 (N° de controles integrales prenatal adolescente-ingreso / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	REM A01 sección A celdas E26+E27+F26+F27 REM A05, Sección A Ingresos de gestantes a Programa Prenatal, celda D11 a E11			
	Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adolescencia	Problemas de Salud mental	Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud Objetivo Impacto: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	10) Detectar tempranamente adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de OH, drogas y otros trastornos de salud mental	Control de salud mental en población adolescente según COMGES 3 (prestación N°18) con una concentración de: 2 prestaciones anuales por médico, 1 prestación anual por trabajadora social y 6 prestaciones anuales por psicóloga.	(N° de controles de salud mental en población adolescente entre 10 y 19 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	REM A06 sección A.1, celdas J23+K23+L23+M23		*** 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. Objetivo Impacto: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de	11) Lograr el alta odontológica en los adolescentes de 12 años inscritos, según IAAPS 2019: 75%	- Difusión - Derivación oportuna por equipo de salud. - Rescate de inasistentes - Participación en Comisión Mixta	N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica / N° 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

		20 años, con énfasis en los más vulnerable		Atención en carro dental móvil					
	Diagnóstico	Entregar atención oportuna, fortaleciendo el acceso al sistema de atención de salud.	12) Lograr cumplimiento en la cobertura de consultas de morbilidad en población adolescente (entre 10 y 19 años) según compromiso COMGES3 (prestación N°14)	Consulta de morbilidad en población adolescente entre 10 y 19 años, según COMGES3 (prestación N°14) con una concentración de 1 prestación anual por médico.	(N° de consultas de morbilidad en población adolescente entre 10 y 19 años / N° de consultas de morbilidad comprometidas según COMGES3) x 100	REM A04, Sección A, celdas K12 a N12+ REM A08, Sección A.4, celdas I37 a L37+ REM A23, Sección D, celdas L62 a O62	A julio: 1382		

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

N° 6 correspondiente a prevención PSCV, no contenido en la presente planificación

N° 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:</i> <i>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 Cefam. * 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) - Consulta nutricional en adultos población de 20 a 64 años según COMGES 3 (prestaciones Nº 25) con una concentración de 2 prestaciones anuales por nutricionista.	(Nº de usuarios de 15 y más años con tabaquismo activo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100 (Nº de usuarios 15 y más años con obesidad / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100 (Nº de usuarios de 15 y más años con sedentarismo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100 (Nº de consultas nutricionales en adultos de 20 a 64 años / Nº de consultas nutricionales comprometidas según COMGES3) 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). REM A04, Sección B, celdas O37 a AF37+ O38 a AF38+ O39 a AF39		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV
		Promover hábitos de salud bucal	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 - Auditoría de registro en Rayen	(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")			
		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	(Nº de actividades realizadas / actividades programadas) x100	Acta de reuniones			E Participación

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad 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 según IAAPS 2020 de mujeres y hombres de 20 a 64 años inscritos en el Cesfam. • Aplicar protocolo de EMPA a población objetivo. • Realizar <u>Empatón</u> en la comunidad 2° semestre. (primer semestre focalizado en población inscrita). • 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). • Realización de EMPA por TENS. • Realizar EMPA a usuarios al momento de la inscripción. • Transformar cupos de urgencia de sala ERA/IRA para EMPA. • Control de salud EMP en población de mujeres de 20 a 44 años de edad según COMGES 3 (prestación N° 24) con una cobertura de 1 prestación anual por matrona, 1 por médico, 1 por enfermera y 1 por nutricionista (abordan distintos porcentajes de la población objetivo).	(N° de EMPA realizado a población de 20 a 64 años / población de 20 a 64 años inscrita, menos la población de 20 a 64 años bajo control en el PSCV) x 100 (N° de EMP en mujeres de 20 a 44 años / N° de EMP comprometidos según COMGES3) x100	REM A02 sección A / Población inscrita validada (-) población en control en PSCV REM P04 (+) REM A05, sección H (-) REM A05 sección I REM A02, Sección B, Celdas H21 + J21+L2+ N21+ P21			E. P. Adulto
	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	5) Lograr cobertura de la vacunación anti-influenza en población bajo control en sala IRA y ERA según lo comprometido en meta 2020, • Reunión general en marzo para sensibilizar al equipo de salud. • Coordinación con equipo IRA y ERA • Educación y sensibilización en controles de salud realizados por el equipo. • Mantener estrategia para facilitar acceso a vacunación en sector 4.	Lograr cobertura de vacunación anti-influenza según meta 2020 (si/no) (N° de pacientes inmunizados con vacuna antiinfluenza en población bajo control en sala IRA y ERA / N° de pacientes bajo control en sala IRA y ERA)	Planilla ratificada de población bajo control de sala IRA y ERA y RNI.			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS Objetivo Impacto: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adultos	6) Lograr cobertura de actividades de promoción en salud sexual y prevención de VIH e ITS en población de 10 y más años, según COMGES3 (prestaciones N° 26 y N° 42)	- Educación grupal en salud sexual y prevención VIH e ITS en población de 20 a 64 años según COMGES 3 (prestación N° 26) con una concentración de 1 prestación anual por matrona. - Educación en salas de espera (con listado de asistencia) - Realizar sesiones educativas sobre prevención de VIH e infección de transmisión sexual (ITS) para personas de 10 años y más años de edad según COMGES 3 (prestación N° 42) con una concentración de 1 prestación anual por matrona, médico y enfermera.	(N° de sesiones de educación grupal en salud sexual y prevención de VIH e ITS en población de 20 a 64 años / N° de sesiones educativas comprometidas según COMGES3) x100 (N° de sesiones educativas sobre prevención de VIH e ITS en población de 10 y más años de edad / N° de sesiones educativas comprometidas según COMGES3) x100	Rem A19a Sección B1, celdas J139 y J142 REM A19a Sección A1, celdas C69 a C75			
		Disminuir las muertes por CA de cuello uterino Objetivo Impacto: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	7) 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. - Clínica de puerta abierta para toma de PAP. - Rescate de mujeres con PAP atrasado. - Extensión horaria para PAP (matrona en vespertino y día sábado).	N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x100	REM P12 Citoexper		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Mujer
	PREVENCIÓN	Disminuir las muertes de mujeres por Ca de mama Objetivo Impacto: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	8) Alcanzar un 35 % 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	(N° de mujeres con mamografía vigente de 50-59 años / N° 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
			9) Mantener al menos 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	(N° de mujeres de 35 y más años con mamografía vigente / Mujeres de 35 y más años inscritas) x100	REM P12			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN		10) 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. - Controlar cumplimiento de la notificación de resultado crítico (centro radiológico).	(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.			
	PREVENCIÓN	Eliminar la TBC como problema de salud pública Objetivo Impacto: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	11) Mantener o aumentar el IP respecto al año anterior, por cada 1000 consultas de morbilidad en mayores de 15 años. 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. (estándar 50%, meta SSMO 30%).	- Mantener registro completo del Libro de BK, a cargo de TENS de equipo. - Toma de la 1ª BK de manera inmediata - Entrega 2ª muestra en toma de muestra - Solicitud de BK a todo paciente sintomático respiratorio (prolongado): dependencia severa 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. - Capacitación local para funcionarios (80% debe estar capacitado). - Contacto directo con encargada de CIAMI y equipo - 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 (kinesiólogas en campaña de invierno)	Nº de BK de expectoración diagnósticas procesadas en pacientes >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)	
	PREVENCIÓN		12) Lograr cumplir el 50% de toma de baciloscopia de sintomáticos respiratorio de sala ERA.	Difusión en sala ERA.	Nº de baciloscopias tomadas en pacientes sintomáticos respiratorios de sala ERA / Nº total de pacientes sintomáticos respiratorios de Sala ERA) x100	Informe de sala ERA.			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	Prevenir los riesgos asociados a patologías CV y sus complicaciones.	13) Realizar al menos 1 taller de actividad física CV por semestre	Actividad física grupal cardiovascular en Población de 20 a 64 años (COMGES 3 prestación N°23)	N° de talleres de actividad física CV en población de 20 a 64 años.	Rem A27, Sección C, celda D78+D78			Encargada PSCV
	PREVENCIÓN	Reducir las complicaciones en personas con diabetes *Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus	14) 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% 2017= 2018= 2019= 70/220 a julio	- Control CV. - Auditoría de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de DM (ingresos). - Rescatar registros desde interconsultas. - Registro por médico, enfermera y nutricionista 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" o "retinografía".	(N° de diabéticos ingresados en el período con examen de fondo de ojo realizado / N° 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.			
			15) 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% 2017= 2018= 2019=	- Control CV. - Auditoría de fichas clínicas. - Mejorar registros en ficha clínica y solicitar registros a UAPO.	(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			
			16) Lograr porcentaje según Meta Sanitaria 2020, 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% 2018= 2019= (Meta MINSAL 90%)	
			17) Mantener cobertura de pacientes diabéticos con control podológico anual, respecto al año anterior. 2015 = 26,2% 2016 = 37% 2017 = 2018= 2019=	- Mantener taller podológico. - Registro adecuado en ficha - Auditoría de ficha clínica (evaluar correcta derivación). - Confirmación telefónica de las citaciones en podología.	N° de pacientes diabéticos con control con podólogo 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			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)									
PREVENCIÓN									
		Regulación de la fertilidad	18) Lograr cumplimiento de la cobertura de ingresos al programa de regulación de fertilidad en población adulta (de 20 a 64 años de edad) según compromiso COMGES3 (prestación N° 34)	• Ingreso a programa de regulación de fertilidad en población adulta de 20 a 64 años según COMGES 3 (prestación N° 34) con una concentración de 1 prestación anual por matrona.	(N° de consultas de ingreso a programa de regulación de fertilidad en población de 20 a 64 años / N° de consultas comprometidas según COMGES3) x100	REM A05. Sección C, celdas F34 a M34			
		Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en población adulta.	19) Lograr el cumplimiento de la cobertura de consejería en salud sexual y reproductiva en población adulta de 20 a 49 años según COMGES 3 (prestación N°35)	• Consejería en salud sexual y reproductiva en población adulta de 20 a 49 años de edad, según COMGES 3 (prestación N° 35), con una concentración de 1 prestación por matrona.	(N° de consejerías en salud sexual y reproductiva en población de 20 a 49 años / N° de consejerías comprometidas según COMGES3) x100	REM 19A. Sección A,1, celdas (OQSUY: 58+59+60+61+62+63+64)			
		Objetivo Impacto: Mejorar la calidad de vida de la mujer de 20 a 64 años	20) Lograr cobertura de control ginecológico en población de mujeres de 20 a 64 años, según COMGES 3 (prestación N°36)	• Control ginecológico en mujeres de 20 a 64 años, según COMGES 3 (prestación N° 36) con una concentración de 1 prestación anual por matrona.	(N° de controles ginecológicos en mujeres de 20 a 64 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	REM A01. Sección A, celdas G22 a O22+ G23 a O23			
	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 Objetivo de Impacto: Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	21) 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: 2018: 2019: 5053 / 8484= 59,5% * Cobertura de DM 2015: 2388 / 3989=59,9% 2016: 2334 / 3887 = 60,05% 2017: 2018: 2019: 1975 / 4099 = 48,1%	• 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. • Cambio en flujograma de PSCV. • Control grupal en la comunidad o CESFAM (piloto en al menos 2 sectores). • Evaluar control crónico en vespertino con acceso en ese horario de solicitud de exámenes.	N° de hipertensos de 15 y más años bajo control / N° de usuarios HTA de 15 y más años estimados según prevalencia x100 N° de usuarios diabéticos de 15 y más años bajo control / N° 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

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	Control de HTA		22) Aumentar cobertura de DLP considerando prevalencia nacional. Prevalencia Nacional ENS 2010= 38,5% Año 2015: 41% Año 2016: 35,8% Año 2019: 37,4%	- Control preventivo, según ciclo vital, de la población de 15 y más años inscritos en el CESFAM. - Registro adecuado en ficha clínica. - Actualización a equipo de salud de nueva orientación técnico.	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
		Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada. <i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	23) 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
			24) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico de HTA según Meta Sanitaria e IAAPS 2020.	- Control de pacientes según flujograma PSCV local. - Auditoría de ficha clínica de pacientes con HTA para evaluar registros en "Formulario CardioVascular". - 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 - Control grupal para pacientes CV en CESFAM o comunidad. - Taller a pacientes que ingresan a PSCV (médico, psicóloga y QF). - Intervención QF para pacientes con polifarmacia (presencial o no presencial) - Fortalecer estrategia de "poli descompensados" pro sector.	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	

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)								
Control de DM	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) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico DM2, según Meta Sanitaria 2020.	- Control grupal en comunidad o CESFAM. - 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 - Informe de resultados de HbA1c desde Syslab. - Entrega de equipo de automonitoreo de glicemia capilar a pacientes descompensados.	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 periodo, para DM2: Prevalencia Nacional 15-64 años=10% 65 y más años=25%	*** Problema de salud priorizado Nº 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada de PSCV
	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	26) 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.	- Control en PSCV - Solicitud de exámenes en Diabéticos. - Mejorar registro en ficha clínica, reforzando en el equipo de salud el registro adecuado. - Informe de resultados de HbA1c desde Syslab	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	
		<i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	27) Mantener estándar de insulinización en pacientes diabéticos bajo control *Estándar es alrededor del 20% de los diabéticos	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	
			28) Aumentar a un 40% el porcentaje de personas de 15 y más años diabéticas con HbA1c < 7%, PA < 140/90 mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dL.	- 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	

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)			29) Mantener bajo control dental al 50% de pacientes inscritos y diagnosticados con DM	- 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	(N° de pacientes DM bajo control dental / N° de pacientes diagnosticados con DM) x100	Informe estadístico de Rayén (actividades en dental) / REM P 04 sección A		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal	
	Complicación de DM	Reducir las complicaciones en personas con diabetes <i>*Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus</i>	30) Aumentar porcentaje de pacientes diabéticos de 15 y más años con úlceras activas que reciban manejo avanzado de heridas (con profesional enfermera)	- Curación avanzada realizada exclusivamente por profesional enfermera. - Corregir procedimiento de registro en ficha clínica de Unidad de Tratamiento	(N° de pacientes diabéticos en curación avanzada de heridas con enfermera / N° 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: Reducir la progresión de enfermedad renal crónica</i>	31) Aumentar a un 40% de personas del PSCV que han sido evaluados con pauta de detección de enfermedad renal crónica, con respecto al año anterior. 2019 = 19%	- Realizar tamizaje de la ERC en las personas bajo control en PSCV al menos una vez al año. - Reforzar registros en ficha clínica - Auditoría de ficha	N° de pacientes de 15 y más años bajo control en PSCV con pauta de evaluación de ERC aplicada en los últimos 12 meses / N° 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 con 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 sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	32) Al menos el 50% de los usuarios dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM y ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento.	- Encargada de PSCV debe informar a Coordinadores de sector cada vez que llegue informe de paciente IAM y ACV 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 y ACV para evaluar cumplimiento. - Control médico de pacientes nuevos con IAM y ACV. - Coordinación con nivel secundario para informar egreso hospitalario a tiempo - Socializar y difundir protocolo de atención de pacientes post-alta por IAM y ACV (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 y ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles de informados al CESFAM / Nº total pacientes egresados del hospital con diagnóstico de IAM y ACV 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
--	-----------	---	--	---	---	---	--	--	----------------

Ciclo Vital: Adulto	Trastornos Mentales	Brindar atención integral y oportuna a personas de 15 y más años con trastornos mentales. <i>Objetivo Impacto: disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental</i> 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 2020)	- 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. - Control de salud mental por médico según lo comprometido en COMGES 3 (prestación N° 49) con una concentración de 2 prestaciones anuales. - Control de salud mental por psicólogo al según lo comprometido en COMGES 3 (prestación N° 50) con una concentración de 4 prestaciones anuales.	(N° de personas de 15 años y más con trastorno de salud mental bajo control / N° de personas esperadas según prevalencia) x100 (N° de controles de salud mental por médico en población bajo control / N° de controles de salud mental por médico comprometidos según COMGES3) x100 (N° de controles de salud mental por psicólogo en población bajo control / N° de controles de salud mental por psicólogo comprometidos según COMGES3) x100	REM 05 REM A06 Sección A.1 Celdas C13 REM A06 Sección A.1 Celdas C14	A julio: 918 A julio: 2438	*** Problema de salud priorizado N° 3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E. P. Salud Mental
			34) Cumplimiento de actividades trazadoras críticas comprometidas en COMGES 3 (prestación N°12) Meta comunal 2019: 137 Meta CESFAM RR:	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL en población de 5 y más años	N° de intervenciones psicosocial grupal en población de 5 y más años	REM A06 Sección A.1, Celdas H24 a AM24			
	SS y R y Climaterio	<i>Objetivo Impacto: Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio</i>	35) Mantener cobertura y control integral del 12% de control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.	- Referencia a Unidad de la Mujer - Aplicar escala MRS - Indicación de terapia de reemplazo hormonal según pauta MRS - Control de climaterio de mujeres de 45 a 64 años según COMGES 3 (prestación N° 37) con una concentración de 2 prestaciones por matrona.	(N° de mujeres entre 45-64 años bajo control / N° de mujeres de 45 a 64 años inscrita) x100 (N° de controles de climaterio realizados a mujeres de 45 a 64 años / N° de controles de climaterio comprometidos según COMGES3) x100	REM P1 sección F REM A01, Sección A, celdas L24 a O24+ L25 a O25		Se separan los controles ginecológicos	E. P. Mujer
Ciclo Vital: Adulto	Control de embarazo	<i>Detección precoz de factores de riesgo en el embarazo para derivación oportuna</i>	36) Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo según IAAPS 2020	- Ingreso a control prenatal - Controles de embarazo - Control integral prenatal-ingreso en mujeres de 20 a 49 años de edad según COMGES 3 (prestación N° 33) con una concentración de 1 prestación anual.	(Número de mujeres embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas / embarazadas ingresadas a control) x100 (N° de controles integrales prenatal en mujeres de 20 a 49 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	REM A 05 REM A05, Sección A, celdas F11 a K11	A julio: 232		

ITS	Disminuir la transmisión vertical de sífilis <i>Objetivo Impacto: Disminuir la mortalidad perinatal</i>	37) Cobertura de 90% de embarazadas que cuentan con al menos 1 examen de VDRL o RPR.	- Control pre-natal. - Consejería en ITS - Mantener registro y monitoreo	(Nº de embarazadas que cuentan con al menos 1 examen de VDRL o RPR / N° total de embarazadas bajo control) x100	REM 05 (para registro local por estar en plan de salud comunal)			
	Disminuir la transmisión vertical de VIH <i>Objetivo Impacto: Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA</i> <i>Objetivo Impacto: Disminuir la mortalidad perinatal</i>	38) Mantener cobertura de 90% de embarazadas que cuentan con al menos un examen de VIH.	- Control pre-natal - Consejería en VIH SIDA - Repetir segunda muestra de rutina en 8° mes - Mantener registro y monitoreo	(N° embarazadas que cuentan con al menos un examen de VIH / N° total de embarazadas bajo control) 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	
	Aumentar la detección precoz de hombres de 20 y más años con VDRL positivo. <i>Objetivo Impacto: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes</i>	39) Aumentar en 1 punto porcentual respecto del 2019, la toma de VDRL (realizados) en hombres de 20 años y más. 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: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación</i>	40) 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. - Implementar plan de acción para los estudios de contacto y según el score de riesgo - Atención por trabajadora social a todo paciente que ingresa por TBC pulmonar. - Rescate de inasistentes.	(N° de pacientes con controles al día / Total de pacientes bajo control por TBC) x100				E. Programa TBC
		41) Cumplir el 90% del estudio de contacto de pacientes con TBC pulmonar	- Contacto con el paciente - Control médico y enfermera - Visitas domiciliarias	(N° de pacientes con TBC pulmonar con estudio de contacto completo / N° total de pacientes con TBC pulmonar bajo control en programa TBC) x100				

Ciclo Vital: Adulto	TBC Pulmonar		42) Lograr que al menos 1 de los diagnósticos de TBC pulmonar sea realizado en CESFAM	- Mantener registro completo del Libro de BK, a cargo de TENS de equipo. - Toma de la 1ª BK de manera inmediata - Entrega de 2ª muestra(toma de muestra) - Solicitud de BK a todo paciente sintomático respiratorio (prolongado): dependencia severa y/o institucionalizado, sala ERA, Cardiovascular, Controles preventivos, Morbilidad, "Volante" (solicitantes de hrs, situación de calle, adicciones o acompañantes) - Entrega de 3º hoja de solicitud de BK a oficina GES o equipo. - Capacitación local 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, aseó, damas de rosado y conductores de móviles de traslado sobre "flujograma" de pacientes sintomáticos respiratorios - Participación de reuniones de sectores, estamentos y SAPU (kinesiólogos en campaña de invierno)	Existe al menos 1 paciente con TBC pulmonar diagnosticado en CESFAM (si/no)			
	Salud Bucal	Mantener salud bucal en pacientes de 60 años Objetivo de Impacto: Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años	43) 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		
		Satisfacer demanda espontánea de morbilidad odontológica	44) 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		

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)							
Salud Bucal	Mejorar y mantener la salud bucal en mujeres embarazadas ingresadas a CPN <i>Objetivo Impacto: Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes y sus hijos</i>	45) 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 de odontólogos en talleres del CCC - Registro en SIGES - Rescate de pacientes	(N° de embarazadas con alta odontológica / N° total de embarazadas ingresadas a control prenatal) x100	REM 09 / REM 05		
	Mejorar acceso y calidad del tratamiento odontológico a la comunidad	46) Lograr altas odontológicas a mujeres del programa "Más sonrisas para Chile" según meta establecida	- Participación en comisión mixta para coordinación para pacientes Junji y Semam - Gestión de lista de espera dental	N° de pacientes mujeres programa Más sonrisas/ meta establecida según convenio	REM 09 / Convenio odontológico		El 70% de las usuarias de ese programa deben tener requerimiento de prótesis.
		47) Fortalecer apoyo diagnóstico, control y tratamiento mediante uso de imagen radiográfica	Realizar radiografías odontológicas según compromiso de COMGES3 (prestación N° 32) con una concentración de 1 prestación anual por TENS.	(N° de radiografías odontológicas realizadas / N° de radiografías odontológicas comprometidas según COMGES3) x100	REM A09 Sección J, celda D240		
Enfermedad Respiratoria Crónica del Adulto	Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios <i>Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</i>	48) Aumentar en 2 puntos porcentuales la cobertura de asma y EPOC según prevalencia estimada.	- 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	(N° de personas con diagnóstico de asma + N° de personas con diagnóstico de EPOC / N° 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 N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal
		49) Entregar atención integral a usuarios de 15 años y más bajo control del Programa ERA, según meta COMGES 3 2019: 80%	- Aplicar formularios RAYEN. - Reforzar en equipo el uso correcto de formulario. - Control de crónicos respiratorios de sala ERA en población mayor a 20 años según COMGES 3 (prestación N° 22) con una concentración de 2 prestaciones por médico y 2 prestaciones por kinesióloga (anuales).	(N° de pacientes de 15 y más años de programa ERA con control vigente / N° total de pacientes de 15 y más años de sala ERA bajo control) x100 (N° de controles de crónicos respiratorios en sala ERA / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100	Planilla de formularios de Rayen. REM A23, Sección E, celda P70 a AK70		

Ciclo Vital: Adulto	Enfermedad Crónica del Adulto		50) Incrementar en 5 puntos porcentuales la proporción de pacientes crónicos respiratorios que logran control adecuado, de 15 años y más Bajo control en el programa ERA PJunio 2019: asma 50% / EPOC 71%	- Cumplir flujograma de tratamiento de pacientes con EPOC y ASMA - Registro de formularios Rayén por kinesióloga y médico.	Tasa de de pacientes compensados del año vigente – tasa de pacientes compensados del año anterior	REM P3 sección D		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal	E. Unidad Respiratorio
		Mejorar la calidad de la atención en la población crónica respiratoria Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	51) Mantener el total de egresos de programa de rehabilitación pulmonar en al menos el valor alcanzado en año anterior.	- 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. - Corregir registro en REM A23. - Rehabilitación pulmonar en población de 40 y más años según COMGES 3 (prestación N° 40) con una concentración de 30 prestaciones anuales por kinesióloga.	(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 (N° de sesiones de rehabilitación pulmonar realizadas en población de 40 y más años de edad / N° de sesiones de rehabilitación pulmonar comprometidas según COMGES3) x100	REMP3 sección C y sección A REM A23, Sección M.2, celda D147	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 con planificación comunal	
		Fomentar la disminución y cesación del consumo de Tabaco Objetivo Impacto: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	52) 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.		

Ciclo Vital: Adulto	Enfermedad Crónica del Adulto	53) Lograr cobertura de consejería antitabaco según COMGES3 (prestación N° 41, 47 y 48).	• Consejería breve en tabaco en población de 12 y más años según COMGES 3 (prestación N° 41) con una concentración de 1 prestación anual por odontólogo. • Consejería breve antitabaco en sala IRA-ERA según COMGES 3 (prestación N° 47) con una concentración de 1 prestación anual por kinesiólogo. • Consejería antitabaco según COMGES 3 (prestación N° 48) con una concentración de 1 prestación anual por todo el equipo de salud (puede ser realizada por cualquier profesional).	(N° de consejerías breves en tabaco en población de 12 y más años por odontólogo / N° total de consejerías en tabaco comprometidas según COMGES3) x100 (N° de consejerías breve antitabaco en sala IRA-ERA / N° de consejerías breve antitabaco comprometidas según COMGES3) x100 (N° de consejerías antitabaco / N° de consejerías comprometidas según COMGES3) x100	REM A09 Sección B, celda D20 REM A23, Sección M1, celda D134 REM 19A Sección A1, celdas C36 A C46			
		54) Mantener intervención antitabaco, para promover la cesación de pacientes en fase contemplativa.	• Taller antitabaco	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	55) Mantener cobertura de visitas domiciliarias al 90% de Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxigenoterapia ambulatoria y VMNI)	• Visita domiciliar 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	56) Aumentar la detección de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar respecto al período anterior 2015 = 23 2016 = 21 2018 = 21 2019 = ¿?	• 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		
Diagnóstico		Entregar atención oportuna, fortaleciendo el acceso al sistema de atención de salud.	57) Lograr cobertura de consultas de morbilidad en población de 20 a 64 años según COMGES 3 (prestación N°21)	• Consultas de morbilidad en adultos de 20 a 64 años según COMGES3 (prestación N°21) con una concentración de 1 prestación anual por médico.	(N° de consultas de morbilidad en personas de 20 a 64 años / N° de consultas de morbilidad comprometidas según COMGES3) x100	REM A04, Sección A, celdas O12 a AF12+ REM A08, Sección A.4, celdas M37 a AD37+ REM A23, Sección D, celdas P62 a AC62		
								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

Ciclo Vital: Adulto Mayor		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.	1) Implementar acciones que fortalezcan la participación social, integración y envejecimiento activo de los adultos mayores.	- Capacitación de líderes comunitarios de organizaciones sociales de y para los adultos mayores. - Incorporar a personas mayores en actividades dirigidas a usuarios internos del CESFAM (diálogos, reuniones y eventos). - Elaborar y entregar tríptico de instancia de encuentro y actividades para las personas mayores en el CESFAM. - Coordinación y ejecución de encuentros intergeneracionales entre personas mayores y escolares de la comuna (primer encuentro fue en octubre 2019).	Acciones implementadas (si/no). N° de actividades realizadas Tríptico elaborado (si/no) Realizado (si/no)	Registro interno del Programa			Encargada Participación
		Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable <i>Objetivo impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	2) Mantener actividades de: -Actividad física -Participación social -Alimentación saludable	- Caminatas (al menos una) y uso de espacios comunitarios: GAM, plazas activas, caminata comunal, etc. - Taller de folklore - Encuentros de cocina saludable: - Concurso de cocina evaluado por nutricionista de CESFAM. - Degustación de cocina internacional incorporando a migrantes.	Actividades realizadas (si/no). Taller de folklore activo (si/no) Realizados (si/no)	REM A19, Sección B1 Registro interno del Programa	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable <i>Objetivo impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.		
		Promover factores psicosociales protectores de la salud mental <i>Objetivo impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud mental	3) Continuidad de Talleres protectores de la salud mental	Taller de AM en Plenitud	Realizado SI/NO	REM 27 sección A			

Ciclo Vital: Adulto Mayor	PREVENCIÓN	Determinar la funcionalidad de los AM inscritos en el CESFAM <i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	4) Realizar EMPAM a los adultos mayores inscritos validados de acuerdo con IAAPS 2020.	- Realizar EMPAM (EFAM o índice de Barthel). - Rescate de AM inasistentes (derivación de AM atendidos por otros profesionales). - Realizar EFAM a AM que participan en Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	(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	A julio: 26		Encargada Programa Adulto Mayor
		Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente[con riesgo detectado en el EMPAM. <i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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 Celdas: AF46 a AM46			
		Prevenir dependencia en personas de 65 años y más con riesgo de dependencia detectado en el EMPAM. <i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	6) Que el 9% 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	Control de salud en adultos mayores (EMPAM) - con riesgo según COMGES 3 (prestación N°29) con una concentración de 1 prestación anual por enfermera.	(N° de EMPAM realizados a AM con riesgo / N° de EMPAM comprometidos según COMGES3) x100	REM A01 Sección C, celdas AF48 a AM48			
		Prevenir la mortalidad por NAC en la población de AM	7) Lograr cobertura de la vacunación neumocócica según lo comprometido en meta 2020 y COMGES3 (prestación N°45).	- Vacuna neumocócica polisacárida en AM según COMGES 3 (prestación N° 45) (prestación realizada por enfermera y TENS) - Educación y sensibilización en controles de salud realizados por el equipo.	Lograr cobertura de vacunación neumocócica según meta 2020 (si/no)	Tarjetero de Vacunatorio. RNI			Enfermera encargada de Vacunatorio
		Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del AM.	8) Lograr cobertura de entrega de PACAM en población de 65 y más años de edad, según COMGES 3 (prestación N°44).	Entrega de PACAM a personas de 65 y más años de edad según COMGES 3 (prestación N° 44) con una concentración de 12 prestaciones anuales por TENS.	(N° de personas de 65 y más años de edad que retiran PACAM / N° de personas de 65 y más años de edad que retiran PACAM comprometidas según COMGES3) x100	REM D16 Sección B, celda B24			

	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:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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 EMPAM por Kgo.	(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 *Porcentaje acordado es según convenio del programa.	E. P. Más
			10) Que al menos 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 + adultos de 60 a 64 años egresados del Programa) x100	Registro de Programa REM A 03 Sección D.4			
Ciclo Vital: Adulto Mayor	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:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	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) x100	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	W. S. A.
		Mejorar la calidad de la salud respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio <i>Objetivo Impacto:</i> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Infecciones respiratorias Agudas	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 - Estimular registro en Rayén de las derivaciones internas realizadas por médico.	(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) x100	Rayén		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	

Ciclo Vital: Adulto Mayor (+Adulto +Infantil +Ad)							
Pacientes con Dependencia Severa							
Prestar atención integral a pacientes con dependencia severa residentes en el área geográfica del CESFAM e inscritos en este.	13) Lograr que el 50% de usuarios con dependencia severa cuenten con VDI 1 (primer contacto en el año) y 30% con VDI 2.	- Reuniones mensuales con el Equipo de Dependencia severa - 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 dependientes severos con una VDI-1/ Número total de dependientes severos bajo control) x100 (Número de dependientes severos con una VDI-2/ Número total de dependientes severos bajo control) x100	Planilla de registro interno REM 26 sección B celda C48, C49.			E. P. Postrados
	Promover salud bucal en pacientes con dependencia severa mediante atención odontológica domiciliaria Objetivo Impacto: Dar mayor cobertura a población adulta y adulta mayor	- Derivación desde equipo dependencia severa - Coordinación con ELEM - Solicitud de cuidadores	N° de pacientes dependientes severos de alta odontológica domiciliaria/ N° de pacientes con dependencia severa inscritos x 100	REM 09 REM 26			
	Brindar apoyo biosicosocial a los cuidadores de pacientes con dependencia severa y/o cáncer terminal	- Aplicar escala Zarit a todos cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa (incluyendo ELEM). - Visita domiciliaria integral: evaluación sobrecarga del cuidador "zarit abreviado" (COMGES 3 prestación N°46)	N° de cuidadores con pauta ZARIT aplicada / N° total de cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa x100	Numerador: REM A03 Sección D.6, celda C185 Denominador: P3 Sección B celda C43	A julio: 183	*** Problema de salud priorizado N° 8 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	
	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)	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			

Ciclo Vital: Adulto Mayor	DIAGNÓSTICO	Educación a los cuidadores de los pacientes con dependencia severa <i>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</i>	17) Aplicar el sistema de registro de capacitaciones al 75% de los cuidadores de pacientes con dependencia severa	- Realizar capacitaciones a los cuidadores de los pacientes con dependencia severa - 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 ELEM.	(Nº de cuidadores de pacientes con dependencia severa con registro de capacitación/ Nº total de cuidadores de pacientes con dependencia severa) x 100	Numerador: REM P3 sección B celda D43 Denominador: REM P3 sección B celda C43			
		Contribuir en la disminución de la malnutrición por déficit en población AM	18) Lograr cobertura de consulta nutricional en personas de 65 y más años según compromiso COMGES 3 (prestación Nº28).	Consulta nutricional en personas de 65 y más años según COMGES 3 (prestación Nº 28) con una concentración de 2 prestaciones anuales por nutricionista.	(Nº de consultas nutricionales en AM / Nº de consultas nutricionales comprometidas según COMGES3) x100	REM A04 Sección B, celdas AG-AN 37+ AG-AN 38+ AG-AN 39			Referente Tratamiento
		Entregar atención oportuna a AM con patologías que pudieran complicar su funcionalidad y calidad vida.	19) Lograr cobertura de consultas de morbilidad en población de 65 y más años de edad según COMGES 3 (prestación Nº 27)	Consulta de morbilidad en personas de 65 y más años según COMGES 3 (prestación Nº 27) con una concentración de 1,3 prestaciones anuales por médico.	(Nº de consultas de morbilidad en AM / Nº de consultas de morbilidad comprometidas según COMGES3) x100	Rem A04, Sección A, celdas AG12 a AN12+ REM A08, Sección A.4, celdas AE37 a AL37+ REM A23, Sección D, celdas AD62 a AK62			
			20) Lograr cobertura de consultas de morbilidad odontológica en personas de 65 y más años de edad según COMGES3 (prestación Nº31)	Consulta de morbilidad odontológica en personas de 65 años y más, según COMGES 3 (prestación Nº 31) con una concentración de 1 prestación anual por odontólogo.	(Nº de consultas de morbilidad odontológicas en AM (Nº de consultas de morbilidad odontológica comprometidas según COMGES3) x100	REM A09 Sección A, Celda AC12 + AD12			

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

Nº 1 correspondiente a Problemas de Salud Cardiovascular (desarrollado en tabla de ciclo vital adulto + adulto mayor)

Nº 2 correspondiente a NAC y enfermedad respiratoria crónica + Ca mama, próstata, colon, entre otros (contenidos en ciclo vital adulto + adulto mayor)

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

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

Nº 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	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
	Articular un conjunto de acciones específicas en familias para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas.	2) Lograr cobertura de consejería familiar según COMGES 3 (prestación N°38)	Consejería familiar según COMGES 3 (prestación N° 38) con una concentración de 1 prestación anual por el equipo de salud.	(N° de consejerías familiares realizadas / N° de consejerías familiares comprometidas según COMGES3) x100	REM A19a Sección A3, celdas C107 a C115			
	Actualizar factores de riesgo y protectores para la clasificación de las familias inscritas.	3) Evaluar y clasificar el riesgo de familias según instrumento local.	- Mejorar registros en ficha clínica. - Mejorar registros y uso de Rayen para determinar familias en ficha clínica. - Realizan plan de intervención a familias según COMGES3 (prestación N°43) con una concentración de 1 prestación anual por trabajadora social.	(N° de familias evaluadas y clasificadas según instrumento local/ N° total de familias) x100	Rem P7, Sección B, celda D25			E. Participación
	Incorporar la Participación Comunitaria a la planificación en salud	4) Mantener el diagnóstico participativo previo a la programación institucional	- Realizar diagnóstico participativo previo a programación (consejo de desarrollo, programa MAS, juntas de vecinos). - Utilizar y crear actividades en la comunidad para fortalecer comunicación y favorecer participación en el diagnóstico.	Diagnostico participativo elaborado previo a la programación institucional. Si No	Informe del diagnóstico participativo			E. Particip.
EQUIPO GESTOR	Continuar el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	5) Aumentar o mantener cumplimiento de la evaluación y certificación MAIS	- Definir y actualizar responsables de cada componente/eje para la evaluación del modelo de salud familiar de la institución. - Mantener trabajo de CTA como equipo gestor. - Desarrollar plan de mejora según brechas detectadas en evaluación 2019.	Cumplimiento del plan de mejora institucional.	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) x100 (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 musculo esquelético 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	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 2020 – N° de accidentes obtenidos el 2019	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 2020¿para funcionarios	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			

XII. PROGRAMACIÓN 2020 COSAM

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.) * Psicoterapia familiar	* <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> * N° 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. * Psicoterapia familiar	* 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 R Renard y S Bustos 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 de Red adolescentes infractores de ley <u>N° Reuniones realizadas</u>

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. * Difundir en organizaciones comunitarias locales las prestaciones del programa de trastornos psiquiátricos severos. * Socializar Protocolo de manejo de casos con equipo de salud con definición de actividades y criterios de calidad (oportunidad, acceso y multiprofesional) * 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 técnicas con los equipos de Salud Mental de CESFAM R Renard y S Bustos, para dar a conocer el Programa: * Reuniones con Organizaciones formales de la comuna. * Reuniones 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 * Reuniones con Familiares * Psicoterapia familiar	* <u>N° Reuniones Programadas</u> N° Reuniones Realizadas * N° de usuarios del Programa con atención protocolizada y con <u>criterio de calidad</u>. Total usuarios del Programa * <u>N° Reuniones Programadas</u> N° Reuniones Realizadas
8.- Otorgar atención al 100% de la demanda derivada al Programa 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>N° de usuarios atendidos</u> * N° de usuarios referidos a COSAM al Programa de Rehabilitación psicosocial * N° de usuarios derivados a otras instancias de la Red. * N° 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	* N° de pacientes con sospecha de EQZ 1er brote derivados desde CESFAM. * N° de usuarios diagnosticados en COSAM (1er brote). * N° 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, Cefam u otras instituciones	* Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefam 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, Cefam u otras instituciones.	* Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefam 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	* <u>Nº casos atendidos como Depresión severa</u> Nº casos derivados por la red
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)	* Farmacoterapia * Consulta Psicológica * Psicodiagnostico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal	* <u>Nº de casos contrareferidos a APS</u> Nº casos derivados a COSAM
15.-Conocer el porcentaje de casos ingresados a tratamiento que son dados de alta.	* Capacitación	* Consulta de salud mental por otro profesional (AS. TO) * Reuniones clínicas con equipo técnico * Psicoterapia familiar	* <u>Nº de casos dados de alta</u> Nº casos ingresados a tratamiento * <u>Nº reuniones realizadas</u> Nº reuniones programadas

PROGRAMA DE DROGAS ADULTO.			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
16.- Atención 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 o de Plan Ambulatorio Intensivo, según diagnóstico de usuario.	* N° personas >20 años atendidas en Programa de tratamiento Consumo problemático alcohol y drogas, con compromiso BPS N° personas derivadas desde APS
17.- Atención a 18 personas, que tengan desde 20 años de edad, referidos al Cosam, con un perfil de Consumo Perjudicial y 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 guía clínica 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. * Capacitaciones desde CONACE y auto-capacitación.	* N° persona >20 años ingresadas a TTO PAB y N° perosnas ingresadas a 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
19.-Consolidar la Agrupación de Egresados y Familiares de Egresados que presten apoyo a las personas en tratamiento, previa alta y después del egreso, e integrarlos a la red de apoyo comunal.	* Sensibilizar y motivar a los egresados y familiares de egresados a participar activamente en la "Agrupación de familiares de Egresados"	* Psicoeducación * Reuniones intersectoriales * Reuniones de asesoría técnica (mensuales) * Talleres grupales (mensuales)	* N° de egresados ingresados a la agrupación * Agrupación activa y consolidada

XIII. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA CESFAM ROSITA

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2020 POR CICLO VITAL CESFAM ROSITA RENARD									
MÉDICO	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	CONTROL RECIÉN NACIDO	274	100%	274	1	274	2	137.0	3.11
	CONTROL 45 DÍAS CON PAUTA NEUROSENSORIAL	274	100%	274	1	274	2	137.0	3.11
	CONTROL 3er MES	274	100%	274	1	274	2	137.0	3.11
	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
								3132.5	71.2
ODONTÓLOGO	ACTIVIDADES	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTO ADOLESCENTE	CONTROL ODONTOLÓGICO MENORES DE 3 AÑOS con ceod = 0	541	100%	541	3	1623	2	811.5	20.3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 3 A 5 AÑOS	1060	100%	1060	4	4240	2	2120	53.0
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	2600	100%	2600	1	2600	30	86.7	2.2
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 6 AÑOS	323	79%	255	4	1021	2	510.3	12.8
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 7-11 AÑOS	1513	24%	363	4	1452	2	726.2	18.2
	ADOLESCENTES 12 AÑOS	292	74%	216	4	864	2	432	10.8
	12 A 19 AÑOS	2097	24%	503	4	2013	2	1007	25.2
	IV MEDIOS	260	100%	260	4	1040	2	520	13
								6213.7	155.5
ENFERMERÍA	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	CONTROL 0 - 5 MESES	226	100%	226	2	452.0	2	226.0	5.1
	CONTROL 6 - 11 MESES	225	100%	225	1	225.0	2	112.5	2.6
	CONTROL 8 MESES CON EEDP	156	90%	140.4	1	140.4	2	70.2	1.6
	CONTROL 12 A 23 MESES	393	90%	353.7	1	353.7	2	176.9	4.0
	CONTROL 18 MESES CON EEDP	348	96.6%	332.7	1	332.7	1	332.7	7.6
	CONTROL 2 - 5 AÑOS	1458	90%	1312.2	1	1312.2	2	656.1	14.9
	CONTROL 3 AÑOS CON TEPSI	698	50%	349	1	349.0	1	349.0	7.9
	CONTROL 6 Y 9 AÑOS	1569	50%	784.5	1	784.5	2	392.3	8.9
	CLÍNICA LACTANCIA (40% RN bajo control)	365	40%	146	3	438.0	2	219.0	5.0
	CONSULTA DE DÉFICIT	75	100%	75	3	225.0	2	112.5	2.6
	REEVALUACIÓN	75	90%	67.5	1	67.5	2	33.8	0.8
	VISITA DOMICILIARIA	75	100%	75	1	75.0	1	75.0	1.7
	PERFIL DE P/A NIÑOS	55	100%	55	3	165.0	3	55.0	1.3
	HOGAR SENAME (9 horas semanales por 10 meses)	100	100%	100	2	200.0	1	200.0	4.5
	HOGAR GRADA	34	100%	34	6	204.0	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	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	DIADA < DE 10 DÍAS	321	70%	225	1	225	1	225	5.11
	DIADA 11 A 28 DÍAS	321	30%	96	1	96	1	96	2.18
								321	7.3

NUTRICIÓN	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	CONSULTA RD 0-6a	106	100%	106	7	742	2	372	8.4
	CONSULTA RD 6-9a	36	100%	36	3	108	2	54	1.2
	CONSULTA D 0-9a	7	100%	7	7	49	2	25	0.6
	CONSULTA SP 0-6a	403	100%	403	3	1209	2	605	13.7
	CONSULTA SP 6-9a	197	100%	197	2	394	2	197	4.5
	CONSULTA OB 0-6a	213	100%	213	4	852	2	426	9.7
	CONSULTA OB 6-9a	160	100%	160	3	480	2	240	5.5
	1ª CONSULTA RD	93	100%	93	1	93	2	47	1.1
	CONSULTA 5º MES	207	90%	187	1	187	2	94	2.1
	CONSULTA 3 AÑOS Y MEDIO	152	70%	106	1	106	2	53	1.2
	CONSULTA 10 MESES	351	50%	176	1	176	2	88	2.0
	CONS L MATERNA .	73	100%	73	3	219	2	110	2.2
	OTRAS CONSULTAS	272	100%	272	2	544	2	272	6.2
CICLO VITAL ADOLESCENTE	CONSULTA DÉFICIT	52	100%	52	3	156	2	78	1.8
	CONSULTA SP	245	40%	98	2	196	2	98	2.3
	CONSULTA OBESIDAD	209	40%	82	3	246	2	123	2.8
								2882	65.3
KINESIOLOGÍA	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL ADOLESCENTE	CONSULTA IRA	390	100%	390	5	1950	3	650.0	14.8
	CONTROL IRA	120	100%	120	1	120	2	60.0	1.4
	VISITA DOMICILIARIA IRA	20	90%	18	1	18	1	18.0	0.4
	EDUCACIÓN COMUNITARIA	120	100%	120	1	120	10	12.0	0.3
								740.0	16.9
PSICOLOGÍA	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL 0 a 9 años	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	629	17%	107	6	642	0.75	866	19.5
	TALLER DE HABILIDADES PARENTALES	1282	3%	38	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER MINDFULNESS	1282	3%	38	44	44	0.5	88	2.0
								1032	23.5
CICLO VITAL ADOLESCENTE 10 a 19 años	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	653	17%	111	6	666	0.75	888	20.2
								888	20.2
ASISTENTE SOCIAL	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	ATENCIÓN SOCIAL NIÑOS	3180	18%	572	2	1144	1.25	915	20.8
	VISITAS DOMICILIARIAS NIÑOS	3180	18%	572	1	572	1	572	13.0
	CONTROL SALUD MENTAL SENAME	146	1%	2	1	2	1	2	0.0
	REUNIÓN CHILE CRECE				10	10	1	10	0.2
								1499	34.1
CICLO VITAL ADOLESCENTE	ATENCIÓN SOCIAL ADOLESCENTE	1668	10%	167	1	167	2	84	1.9
	VISITAS DOMICILIARIAS	1668	5%	83	1	83	1	83	1.9
								167	3.8
MÉDICO	ACTIVIDADES	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 NO INSULINOREQUIERENTES	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 MÉDICO 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
								27674.2	628.9

ODONTÓLOGO	ACTIVIDADES	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A A TENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR ODONTÓLOGO	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EMBARAZADAS	395	70%	277	6	1659	2	830	21
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 60 AÑOS	176	100%	176	6	1056	2	528	13
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	1	3840	2	1920	48
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÁS SONRISAS	116	100%	116	6	696	2	348	9
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DOMICILIARIA	414	20%	83	2	166	1	166	4
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIABÉTICOS	1968	50%	985	6	5907	2	2954	74
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NO PRIORITARIA	27141	5%	1357	6	8142	2	4071	102
								10817.0	270.7
TÉCNICO EN ODONTOLOGÍA	ACTIVIDADES	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A A TENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTIL ADULTO Y ADULTO MAYOR	RADIOGRAFIA RETROALVEOLAR Y/O BITEWING	33021	25%	8255	2	16511	10	1651	38
								1651.0	38.0
ENFERMERA	ACTIVIDADES	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A A TENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PACIENTES < 65 a	5427	70%	3798	1	3798	2	1899	43
	INGRESO PSCV	650	100%	650	1	650	2	325	7
	PERFIL DE PRESIÓN ARTERIAL	450	100%	450	2	900	4	225	5
	EDUCACION DE INSULINA	90	100%	90	1	90	2	45	1
	REEVALUACION PIE DM	350	50%	175	1	175	3	58	1
	CONTROL ANUAL POSTRADOS	450	100%	450	1	450	1	450	10
	EXÁMENES PACIENTES POSTRADOS	450	100%	450	1	450	1.5	300	7
	CURACIÓN POSTRADOS	50	100%	50	96	4800	1	4800	109
	CAMBIO SONDA	24	100%	24	12	288	1	288	7
	TACO	37	100%	37	12	444	2	222	5
	CATETER SC	22	10000%	2200	4	8800	2	4400	100
	EMPAM	7943	48%	3773	1	3773	1	3773	86
	RE EVALUACIÓN AM	794	100%	794	1	794	2	397	9
	INSTALACIÓN S. FOLLEY / CATETERISMO VESICAL U. DE TTO	30	100%	30	12	360	2	180	4
	TRATAMIENTO ENDOVENOSO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO	360	100%	360	1	360	2	180	4
	CURACIONES PIE DIABÉTICO EN UNIDAD DE TRATAMIENTO	25	100%	25	96	2400	2	1200	27
	URGENCIAS SIN RIESGO VITAL EN UNIDAD DE TRATAMIENTO	144	100%	144	1	144	1	144	3
	URGENCIAS (CLAVE AZUL) EN UNIDAD DE TRATAMIENTO	48	100%	48	1	48	1	48	1
								14026.7	318.8
MATRONA	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A A TENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PRECONCEPCIONAL	25	100%	25	2	50	2	25	0.6
	CONTROL PRENATAL	395	100%	395	9	3555	2	1777.5	44.40
	CONTROL POSTPARTO O ABORTO	100	100%	100	1	100	3	33.3	0.76
	CONTROL GINECOLOGICO	11090	45%	4991	1	4991	2	2495.25	56.71
	CONTROL CLIMATERIO	5085	20%	1017	2	2034	1.25	1627.2	36.98
	CONTROL DIU	298	100%	298	1	298	3	99.3	2.26
	CONTROL ACO	1140	100%	1140	2	2280	3	760.0	17.27
	CONTROL INYECTABLE	756	100%	756	2	1512	3	504.0	11.45
	502	476	100%	502	2	1004	3	334.7	7.61
	CONTROL PSV MUJER	214	100%	214	1	214	3	71.3	1.62
	CONTROL PSV HOMBRE	5	100%	5	1	5	3	1.7	0.04
	INGRESO EMBARAZO	395	100%	395	1	395	1	395	8.98
	INGRESO GINECOLOGICO	840	100%	840	1	840	1	840	19.09
	INGRESO REG. FECUNDIDAD	790	100%	790	1	790	1	790	17.95
	CONSEJERIA PREVENCIÓN VIH E ITS	265	100%	265	1	265	2	132.5	3.01
	CONSEJERIA PAE	36	100%	36	1	36	2	18	0.41
	CONSEJERIA SSyR	950	100%	950	1	950	2	475	10.80
	CONTROL GRUPAL EMB.	395	90%	356	4	1422	25	56.9	1.29
	EDUCACIÓN GRUPAL ADULTOS (SS y prevención VIH-ITS)	18962	0.1%	19	1	1	1.5	1.5	0.03
	EDUCACIÓN COLEGIOS	4	100%	4	2	8	1.5	12	0.27
	VDIA GESTANTES	395	10%	40	2	79	1	79	1.80
								10529.1	243.3

NUTRICIÓN	ACTIVIDADES	POBLACION EN CONTROL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO	RCV TOTAL	2088	100%	2088	1	2088	2	1044	23.73
	OTRAS CONSULTAS	3072	6%	184	2	368	2	184	3.53
	INGRESOS DM-HTA	652	100%	652	1	652	1	652	14.80
								1880	42.06
CICLO VITAL ADULTO MAYOR	RCV TOTAL	3843	100%	3843	1	3843	2	1922	43.68
	INGRESOS DM-HTA	652	100%	652	1	652	1	652	14.80
								2574	58
EMBARAZADAS Y PUERPERAS	CONTROL EMBARAZADAS, SP, OB, ENFLAQ.	196	100%	196	2.8	549	2	275	6.25
	CONTROL PUÉRPERAS	38	100%	38	1	38	2	19	0.43
	EDUCACIÓN EMBARAZADAS				2	30	1	24	0.55
								318	7
KINESIOLOGÍA	ACTIVIDADES	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	400	100%	400	5	2000	3	666.7	15.2
	CONTROL CRÓNICO ERA	984	40%	394	2	788	2	394.0	9.0
	URGENCIAS Y EXTRAS	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	15	100%	15	2	30	2	15.0	0.3
	TEST DE MARCHA 6 MINUTOS	30	100%	30	2	60	2	30.0	0.7
	REHABILITACIÓN PULMONAR	318	1%	4	30	120	4	30.0	0.7
	VD OXIGENODEPENDIENTES	35	90%	32	2	64	1	64.0	1.5
	TALLER ANTITABACO	1048	5%	52	7	364	6	60.7	1.4
	VD MUERTE POR NAC DOMICILIO	25	100%	25	1	25	1	25.0	0.6
	VD DEPENDIENTE SEVERO	32045	4%	1186	1	1186	1	1186.0	26.9
	ENTREGA AYUDA TÉCNICA	180	100%	180	1	180	2	90.0	2.0
	CONTROL AYUDA TÉCNICA	180	100%	180	1	180	2	90.0	2.0
	TALLER ENTREGA AYUDA TÉCNICA	251	100%	251	1	251	6	41.8	1.0
	INGRESO KINESIOLOGÍA	1356	80%	1085	1	1085	2	542.5	12.3
	CONTROL KINESIOLOGÍA	1356	80%	1085	10	10848	3	3616.0	82.2
	Ev. INGRESO MAS AM AUTOVALENTES	1076	100%	1076	1	1076	3	358.7	8.2
	Taller Más AM Autovalentes (estimulación motora y prevención de caídas)	1076	60%	646	24	15504	10	1550.4	35.2
	IVADEC	5,282	2%	106	1	106	3	35.3	0.8
								9,835.2	223.4

PSICOLOGÍA	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA (META)	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS	4171	17%	609	6	4254	0.75	5672	128.9
	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES	1799	17%	306	6	1836	0.75	2448	55.6
	TALLER DE APOYO EMOCIONAL 2	854	10%	85	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER APOYO EMOCIONAL 1	854	10%	85	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER CONSUMO SUSTANCIAS	854	5%	43	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER DE MEDITACIÓN PARA ADULTOS	854	5%	43	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER ADULTOS EN PLENITUD	8233	1%	82	44	44	0.5	88	2.0
	TALLER DE MEMORIA PREVENCIÓN	8233	1%	82	44	44	0.5	88	2.0
								9648	196.5
ASISTENTE SOCIAL	ACTIVIDADES	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCIÓN SOCIAL EMBARAZADAS EPSA (+)	316	90%	284	1	284	1.25	227	5.2
	VISITA DOMICILIARIA EMBARAZADA EPSA (+)	316	70%	221	2	442	1	442	10.0
	CONSULTA SOCIAL POSTRADOS	414	40%	166	1	166	1.25	133	3.0
	VISITA DOMICILIARIA POSTRADOS	414	100%	414	1	414	1	414	9.4
	VISITA DOMICILIARIA SOBRECARGA DE CUIDADOR	822	20%	164	1	164	1	164	3.7
	CONSULTA ADULTO	18962	10%	1896	1	1896	1.25	1517	34.5
	CONSULTA ADULTO MAYOR	8179	10%	818	1	818	2	409	9.3
	VISITAS DOMICILIARIAS	27183	8%	2175	1	2175	1	2175	49.4
	TALLERES				8	96	1.5	64	1.5
	TRABAJO COMUNITARIO					60	2	30	0.7
								5574	126.6

XIV. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA CESFAM SALVADOR BUSTOS.

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2020 POR CICLO VITAL. CESFAM SALVADOR BUSTOS

MÉDICO	720.5	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	6	100%	6	1	6	1.3	4.6	0.1
	INGRESO PREMATURO MOD Y T	5	100%	5	1	5	2	2.5	0.1
	SEGUIMIENTO PREMATURO MOD Y T	5	100%	5	1	5	3	1.7	0.0
	CONTROL SANO 1 MES	246	100%	246	1	246	2	123	3.1
	CONTROL SANO 3 MES	276	100%	276	1	276	2	138	3.5
	INGRESO IRA	183	100%	183	1	183	2	91.5	2.3
	CONTROL IRA	540	80%	432	2.5	1080	2	540.0	13.5
	CONTROL NANEAS	32	100%	32	1	32	1	32.0	0.8
	CONTROLES MEDICOS SALUD MENTAL, DEL CICLO TOTAL	4776	10%	478	3	1433	2	716.4	17.9
	MORBILIDAD INFANTO ADOLESCENTE	6234	100%	6234	1.3	8104	3	2701.4	67.5
								4351	108.8

ODONTOLOGÍA	624.7	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON CEOD= CERO	600	60%	360	4	1440	2	720	18.0
	TALLER ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EMBARAZADAS	305	40%	122	1	122	2	61	1.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS MENORES DE 3 A 6 AÑOS	844	100%	844	4	3376	2	1688	42.2
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	3000	100%	3000	1	3000	30	100.0	2.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS 6 AÑOS	271	79%	214	3	642	2	321.1	8.0
	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS NO PRIORITARIOS (7-11 AÑOS)	1613	38%	613	4	2452	2	1225.9	30.6
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ADOLESCENTES 12 AÑOS	336	75%	252	4	1008	2	504	12.6
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE 12 A 19 AÑOS	2902	38%	1103	4	4411	2	2206	55.1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IV MEDIOS	300	100%	300	4	1200	2	600	15.0
								7426	185.6

ENFERMERÍA	502.2	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO 2 M	276	100%	276	1	276	1.5	184	4.6
	CONTROL SANO 4M	276	100%	276	1	276	1.5	184	4.6
	CONTROL SANO 6 MESES	276	100%	276	1	276	1.5	184	4.6
	CONTROL SANO 8 M	276	100%	276	1	276	1.5	184	4.6
	CONTROL SANO 12 M	272	100%	272	1	272	1.5	181	4.5
	CONTROL SANO 18 M	272	100%	272	1	272	1	272	6.8
	CONTROL SANO 2 AÑOS	288	90%	259	1	259	1.5	173	4.3
	CONTROL SANO 3 AÑOS	288	90%	259	1	259	1.5	173	4.3
	CONTROL SANO 4 AÑOS	228	90%	205	1	205	1.5	137	3.4
	CONTROL SANO 5 AÑOS	227	80%	182	1	182	1.5	121	3.0
	CONTROL SANO 6-9 AÑOS	901	45%	405	1	405	1.5	270	6.8
	CONTROL SANO ADOLESCENTE	301	100%	301	1	301	1	301	7.5
	REEV DE 8 Y 18 M	43	100%	43	1	43	1.5	29	0.7
	PERFIL DE NIÑOS (3- 19 AÑOS)	1945	3.5%	68	3	204	3	68	1.7
	VISITA DOMICILIO DDPSM (DEL SECTOR)	33	50%	17	1	17	1	17	0.4
	TALLER NEP	15	100%	15	6	90	6	15	0.4
	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	6	100%	6	4	24	1	24	0.6
	CONTROL SANO NANEAS	19	100%	19	3	57	1	57	1.4
								2573	64.3

MATRONA	254.5	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	INGRESO DE EMBARAZO	305	100%	305	1	305	1	305	7.6
	CONTROL DE EMBARAZO	305	100%	305	6.7	2044	2	1022	25.5
	TALLER CUIDADO EMOCIONAL	305	80%	244	1	244	4	61	1.5
	TALLER DE PARTO MATRÓN/A	305	80%	244	1	244	2	122	3.1
	TALLER DE LACTANCIA Y CUIDADOS DEL RN MATRONA	305	80%	244	1	244	2	122	3.1
	TALLER ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EMBARAZADAS	305	40%	122	1	122	2	61	1.5
	MORBILIDAD OBSTETRICA	305	45%	137	1	137	3	46	1.1
	VISITA A LA MATERNIDAD	305	30%	92	1	92	3	31	0.8
	VISITAS EMBARAZO RIESGO (DEL SECTOR)	76	100%	76	1	76	1	76	1.9
	CONTROL POST PARTO Y POST ABORTO	45	100%	45	1	45	2	23	0.6
	CONTROL DIADA	200	100%	200	1	200	0.9	222	5.6
								2090	52.2

NUTRICIÓN	139.1	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONSULTA RD<6a	68	100%	68	3	204	2	102	2.6
	CONSULTA D<6a	4	100%	4	3	12	2	6	0.2
	CONSULTA SP<6a	243	60%	146	3	437	2	219	5.5
	CONSULTA OB <6a	81	50%	41	3	122	2	61	1.5
	CONS BAJO PESO de 6-9a	34	50%	17	3	51	2	26	0.6
	CONS MALNUT EXCESO DE 6-9a	168	40%	67	3	202	2	101	2.5
	CONSULTA TELEFONICA LACT MATERNA	200	100%	200	1	200	4	50	1.3
	CONSULTA LACT MATERNA DE ALERTA	1012	3.0%	30	2	61	1	61	1.5
	CONSULTA LACTANCIA MATERNA DE SEGUIMIENTO (15 DIAS)	200	100%	200	1	200	1	200	5.0
	CONTROL SANO 3 M	276	80%	221	1	221	2	110	2.8
	CONTROL SANO 5 M	276	85%	235	1	235	2	117	2.9
	CONTROL SANO 3a 6m	288	35%	101	1	101	2	50	1.3
	CONSULTA PREMATURO EXTREMO	6	100%	6	1	6	2	3	0.1
	CONSULTA NUTRIC ADOLESCENTE	301	40%	120	1	120	2	60	1.5
	CONTROL EMBARAZADAS SOBREPESO	42	50%	21	3	63	2	32	0.8
	CONTROL EMBARAZADAS OBESAS	49	100%	49	5	245	2	123	3.1
	EMBARAZADAS BAJO PESO	4	100%	4	5	20	2	10	0.3
	TALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	305	40%	122	1	122	4	31	0.8
	DIABETES GESTACIONAL INGRESO	60	100%	60	1	60	1	60	1.5
	DIABETES GESTACIONAL CONTROL	60	100%	60	2.5	150	2	75	1.9
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1.3	38	1.0
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1.3
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10	0.3
	TALLER NEP	15	100%	15	6	90	6	15	0.4
	CONSULTA NUTRIC NANEAS	19	100%	19	2	38	1	38	1.0
								1647	41.2

KINESIOLOGÍA	343.3	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	INGRESO AGUDO NIÑO Y ADOLESCENTE	321	100%	321	1	321	3	107	2.7
	SEGUIMIENTO AGUDO NIÑO Y ADOLESC	321	100%	321	4	1284	2	642	16.1
	HOSPITALIZACIÓN ABREV	23	100%	23	1	23	1	23	0.6
	TEST DE PROV DE EJERCICIO	14	100%	14	1	14	0.66	21	0.5
	ESPIROMETRIA	227	80%	182	1	182	1.5	121	3.0
	VIDA SANA	50	100%	50	96	4800	5	960	24.0
	PREINGRESO KINESIOLOGO	183	100%	183	1	183	2	92	2.3
	VISITA DOM SCORE M y G (DEL SECTOR)	235	35%	82	1	82	1	82	2.1
	VISITA DOM CRONICO RESP DESCOMP (DEL SECTOR)	30	100%	30	1	30	1	30	0.8
	EDUCACION EN SALA DE ESPERA C. INVIERNO	20	100%	20	12	240	20	12	0.3
	SESION EDUCATIVA PARA CRONICOS RESP	540	10%	54	1	54	20	3	0.1
								2078	52.0

PSICOLOGÍA	214.0	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROLES DE SALUD POR PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS	187	100%	187	6	1122	1.3	863	21.6
	COMISION MIXTA	30	100%	30	8	240	15	16	0.4
	TRIAGE INFANTIL	187	43%	80	1	80	2	40	1.0
	TRIAGE ADOLESCENTE	100	80%	80	1	80	2	40	1.0
	TALLERES DETRASTORNO EMOCIONAL Y DEL COMPORTAMIENT O	100	80%	80	4	320	2	160	4.0
	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENT O	46	28%	13	40	515	1	515	12.9
	TALLER DE CUIDADO EMOCIONAL PARA EMBARAZADAS	305	80%	244	1	244	6	41	1.0
	CONTROLES DE SALUD POR PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES	100	100%	100	4	400	1.3	308	7.7
	CONSULTORIA INFANTO JUVENIL	287	35%	100	1.5	151	0.5	301	7.5
	PROMO Y PREV EN COLEGIOS SOBRE ALCOHOL Y DROGAS	370	80%	296	2	592	35	17	0.4
								2301	57.5

ASISTENTE SOCIAL	256.2	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	VISITA DOMICILIARIA RI Y RE DE 8-18 M (DEL SECTOR)	33	100%	33	1.5	50	1	50	1.2
	VISITA DOMICILIARIA DESNUTRIDOS	4	100%	4	1	4	1	4	0.1
	VISITA DOM PREMATURO EXTREMO	10	100%	10	1	10	1	10	0.3
	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO	46	50%	23	23.5	541	0.5	1081	27.0
	VISITA DOMICILIARIA NIÑO Y ADOLESCENTES NANEAS	32	100%	32	1	32	1	32	0.8
	TALLER NADIE ES PERFECTO	15	100%	15	6	90	6	15	0.4
	CONSULTA NIÑO Y ADOLESCENTES	4044	6%	243	1	243	1	243	6.1
	VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	243	52%	126	1	126	1	126	3.2
								1561	39.0

EDUCACIÓN DE PÁRVULOS	18.2	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	INGRESO DEFICIT RIESGO	43	100%	43	1	43	1	43	1.1
	CONTROL DEFICIT RIESGO	43	100%	43	8	344	2	172	4.3
	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	131	100%	131	1	131	1	131	3.3
	CONTROL REZAGO Y OTRAS VULN	131	85%	111	3	334	2	167	4.2
	TEPSI	288	50%	144	1	144	1	144	3.6
	ED DSM 6 A 12 M y TALLER DE LENGUAJE	276	50%	138	1	138	6	23	0.6
	ED DSM 0 A 3 M y TALLER MOTOR	276	50%	138	1	138	6	23	0.6
								728	18.2
MÉDICO		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PSCV MEDICO DE 15 Y MAS CON PATOL CVC	12348	80%	9878	1	9878	2	4939	123.5
	DESCOMPENSADOS PSCV	6986	33%	2305	1.5	3458	3	1153	28.8
	CONTROL MEDICO ERA	1219	100%	1219	2.5	3048	2	1524	38.1
	CONSULTA MEDICO TBC	7	100%	7	6	42	3	14	0.4
	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO Y ADULTO MAYOR	31658	100%	31658	1.2	37990	3	12663	316.6
	VISITA DOMICILIARIA PRIMER CONTACTO (PADPDS)	500	100%	500	1	500	1	500	12.5
	CONTROL MEDICO OTRA DEP	115	50%	58	1	58	1	58	1.4
	CONSULTA MEDICO DEP SEVERO CON PATOL. AGUDA	500	60%	300	9	2700	1	2700	67.5
								23550	588.8

ODONTOLOGÍA		POBLACION INSCRITA	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCION ODONTOLOGICA EMBARAZADAS	305	70%	214	6	1281	2	641	16.0
	ATENCION ODONTOLOGICA 60 AÑOS	210	100%	210	6	1260	2	630	15.8
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	1	3840	3	1280	32.0
	ATENCION ODONTOLOGICA PACIENTE DEP SEVERA	500	30%	150	3.5	525	1	525	13.1
	ATENCION ODONTOLOGICA MAS SONRISAS	140	100%	140	4	560	2	280	7.0
	ATENCION ODONTOLOGICA DIABETICOS	3648	50%	1824	5	9120	2	4560	114.0
	ATENCION ODONTOLOGICA NO PRIORITARIA	32158	12%	3859	5	19295	2	9647	241.2
								17563	439.1

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	10747	8%	860	2	1720	3	573	14.3
	INGRESO ADULTO DM	176	100%	176	1	176	1	176	4.4
	INGRESO AM DM	209	100%	209	1	209	0.8	261	6.5
	INGRESO ADULTO OTROS CV	185	100%	185	1	185	1.5	123	3.1
	INGRESO AM OTROS CV	225	100%	225	1	225	1	225	5.6
	CONTROL ADULTO DM	991	70%	694	1	694	1.3	534	13.3
	CONTROL AM DM	2186	75%	1640	1	1640	1	1640	41.0
	CONTROL ADULTO OTROS CV	1409	60%	845	1	845	2	423	10.6
	CONTROL AM OTROS CV	4420	75%	3315	1	3315	1.2	2763	69.1
	CONSEJERIA DE INSULINOTERAPIA	150	100%	150	1	150	1	150	3.8
	SEGUIMIENTO AUTOMONITOREO INSULINOTERAPIA	499	100%	499	4	1996	3	665	16.6
	INGRESO AM SIN PATOL CV (SANO)	1919	5%	96	1	96	1	96	2.4
	CONTROL AM SIN PATOLOGIA CV	900	30%	270	1	270	1.5	180	4.5
	SEGUIMIENTO PACIENTE AUTOVALENTE CON RIESGO	1082	15%	162	1	162	2	81	2.0
	SEGUIMIENTO PACIENTE CON RIESGO DE DEPENDENCIA	729	10%	73	1	73	1.5	49	1.2
	VDI POB DEP SEVERA	500	100%	500	1	500	1	500	12.5
	VDI SEGUNDO CONTACTO (PADPDS)	500	50%	250	1	250	1	250	6.3
	REEVALUACION PIE DIABÉTICO	1089	100%	1089	1.5	1634	3	545	13.6
	VISITA PADPDS CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	500	75%	375	2	750	2	375	9.4
	VISITA POSTRADO SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, T. INVASIVO	90	100%	90	40	3600	1	3600	90.0
	PROGRAMA MAS	538	100%	538	24	12912	15	861	21.5
								14068	351.7

MATRONA		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	INICIO DE MAC R. FECUND.	830	100%	830	1	830	2	415	10.4
	ANTIGUOS CONTROL REG. FECUND.	4731	36%	1703	2	3406	2	1703	42.6
	INSERCIÓN DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO	155	100%	155	1	155	2	78	1.9
	RECAMBIO Y EXTRACCIÓN DE IMPLANTE	110	100%	110	1	110	1.5	73	1.8
	CONTROL GINECOLÓGICO	5619	37%	2079	2	4158	2	2079	52.0
	CONTROL CLIMATERIO	2244	30%	673	1	673	2	337	8.4
	MORBILIDAD GINECOLÓGICA	1270	100%	1270	1	1270	3	423	10.6
	CONSULTA PAE	92	100%	92	1	92	4	23	0.6
	TALLER SEXUALIDAD EN ALDEAS SOS	15	10000%	15	1	15	7	2	0.1
	TALLER NEP (FABIOLA)	15	10000%	15	6	90	6	15	0.4
	CONSULTA ABREVIADA	2650	100%	2650	1	2650	5	530	13.3
	TEST RÁPIDO VIH	490	75%	368	1	368	3	123	3.1
	TALLER YOGA PRENATAL	305	17%	52	1	52	2	26	0.6
	TALLER PISO PELVICO	2244	3.5%	79	1	79	7.5	10	0.3
	CONTROL PISO PELVICO	79	100%	79	6	474	2	237	5.9
PAP		11500	68.4%	7866	1	7866	4	1967	49.2
								8040	201.0

NUTRICIÓN		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PSCV	4445	70%	3112	1	3112	2	1556	38.9
	CONSEJERÍA DE INSULINOTERAPIA	150	100%	150	1	150	1	150	3.8
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1.3	38	1.0
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1.3
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10	0.3
	CONSULTA INGRESO DM P.S.C.V	385	100%	385	1	385	1	385	9.6
	CONTROL MALNUTRIDOS POR EXCESO 20 A 64 AÑOS	2863	25%	716	3	2147	2	1074	26.8
	CONSULTA AM MALNUTRIDOS POR DEFICIT	1074	20%	215	3	644	2	322	8.1
	CONSULTA DISLIPIDEMICO PURO MENOR 65 AÑOS	469	50%	235	2	469	2	235	5.9
	TALLER CUIDADORES DE PACIENTES DEP SEVERO	20	100%	20	1	20	10	2	0.1
	VDI DEP SEVERO CON NUTRICION ENTERAL DOMICILIARIA	15	100%	15	3	45	1	45	1.1
								3867	96.7

KINESIOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL ERA	1219	50%	610	2	1219	3	406	10.2
	CONSULTA ERA	340	100%	340	1	340	2	170	4.3
	INGRESO/REINGR ESO PATOLOGIA AGUDA PAC ERA	374	100%	374	1	374	2	187	4.7
	SEGUIMIENTO PATOLOGIA AGUDA PAC ERA	374	100%	374	4	1496	2	748	18.7
	VISITA DOM FALLECIDO NAC	35	100%	35	1	35	1	35	0.9
	VISITA DOMIC OXIGENO DEP	35	100%	35	4	140	1	140	3.5
	PADPDS ERA	32	100%	32	1	32	1	32	0.8
	REHAB PULM EVALUACION	10	100%	10	8	80	2	40	1.0
	REHAB PULM (ENTRENAMIENTO)	10	100%	10	28	280	10	28	0.7
	TALLERES ERA	200	50%	100	1	100	10	10	0.3
	ESPIROMETRIA	1000	100%	1000	1	1000	2	500	12.5
	INTERVEN EN LA COMUNIDAD	31658	1%	317	6	1899	400	5	0.1
	TEST DE MARCHA EPOC	509	15%	76	1	76	3	25	0.6
	AYUDAS TECNICAS A DOMICILIO	240	100%	240	1	240	2	120	3.0
	VDI POBL DEP SEVERO	500	100%	500	1	500	1	500	12.5
	VDI PADPDS SEGUNDO CONTACTO	500	40%	200	1	200	1	200	5.0
	CONTROL DEP NO SEVERO	168	50%	84	1	84	1	84	2.1
	SEGUIMIENTO PADPDS PATOLOGIA RESP AGUDA	256	100%	256	6	1536	1	1536	38.4
	SEGUIMIENTO PADPDS PATOLOGIA MOTORA	126	100%	126	8	1008	1	1008	25.2
	INGRESO RHB >55AÑOS	986	100%	986	1	986	2	493	12.3
	SESION KINE RHB >55A	986	100%	986	8	7888	3	2629	65.7
	CONSULTA AYUDAS TECNICAS BASTON y OTROS	863	100%	863	1	863	3	288	7.2
	VIDA SANA	50	100%	50	76	3800	7	543	13.6
	PROGR MAS	538	100%	538	24	12912	15	861	21.5
	MAF INGRESO	1115	20%	223	2	446	1	446	11.2
	CLASE EJERCICIO FISICO	220	40%	88	24	2112	4	528	13.2
	TALLER DE CAIDAS	120	100%	120	1	120	12	10	0.3
	IVADEC	80	100%	80	1	80	1	80	2.0
								11652	291.3

PSICOLOGÍA		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA DE SALUD MENTAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	4047	20%	809	8	6475	1.3	4981	124.5
	TRIAGE DE SALUD MENTAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	4047	2%	81	2	162	2	81	2.0
	TALLER DEPRESION	4047	5%	202	8	1619	10	162	4.0
	CONSULTORIA DE PSIQU ADULTO	4047	6%	243	1.5	364	1.3	280	7.0
	VIDA SANA	50	100%	50	7	350	1.4	250	6.3
	PROGRAMA DIR	4047	4.5%	182	4	728	2	364	9.1
	PROGRAMA VOLUNTARIADO AD MAYOR	20	100%	20	12	240	10	24	0.6
	TALLER TRASTORNO DEL ANIMO ADULTO MAYOR	982	7%	69	6	412	5	82	2.1
	PROGRAMA MAS	538	100%	538	1	538	15	35.9	0.9
								6261	156.5

ASISTENTE SOCIAL		POBLACION INSCRITA	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA SOCIAL EMBARAZADAS DE RIESGO	150	15%	23	1	23	2	11.25	0.3
	VISITAS DOMICILIARIAS EMBARAZADAS EN RIESGO (DEL SECTOR)	76	25%	19	1	19	1	19.0	0.5
	CONSULTA SOCIAL DEP SEVERA	500	35%	175	1	175	2	87.5	2.2
	CONSULTA SOCIAL PAC CON OTRA DEPENDENCIA	115	100%	115	2	230	2	115.0	2.9
	CONSULTA SOCIAL ESPONTANEA	29643	5%	1482	2	2964	3	988.1	24.7
	PRIMER CONTACTO, VISITA DOMICILIARIA, PROGRAMA DEPENDIENTE SEVERO	500	100%	500	1	500	1	500.0	12.5
	ATENCION SOCIAL FAMILIA EN RIESGO	10730	15%	1610	1	1610	2	804.8	20.1
	VISITAS DOMICILIARIAS FAMILIA EN RIESGO	1610	10%	161	1	161	1	161.0	4.0
	TRABAJO COMUNITARIO	38454	10%	3845	2.35	9037	25	361.5	9.0
	ATENCIONES USU INGRESO	2880	100%	2880	1	2880	1	2880	72.0
	GESTION DE USU	335	100%	335	5	1675	2	837.5	20.9
	OTRAS ATENCIONES USU	38,454	15%	5768.1	1	5768.1	3	1922.7	48.1
								8688.2676	217.2

PODOLOGÍA	68.6	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PODOLOGIA DM	2333	71%	1656	3	4969	2	2485	62.1
	PODOLOGIA EN DOMICILIO DM	86	100%	86	3	258	1	258	6.5
								2743	68.6

TÉCNICO PARAMÉDICO	452.6	POBLACION BAJO CONTROL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	VISITA DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	500	25%	125	2	250	2	125	3.1
	VISITA DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, CURACIONES	40	100%	40	48	1920	1	1920	48.0
	POLI DESCOMP HTA	9728	25%	2432	2	4864	12	405	10.1
	EMPA	16976	20.5%	3480	1	3480	3	1160	29.0
								3610	90.3

QUIMICO FARMACEUTICO	6.2	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PACIENTE CV CON MALA ADHERENCIA	12384	4%	495	1	495	2	248	6.2
								248	6.2

TECNICO DENTAL RAYOS	67.3	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	RAYOS DENTAL	38454	10.5%	4038	4	16151	6	2692	67.3
								2692	67.3

PROMOCION LOCAL									
MES DEL CORAZON	1.6	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
	NUTRICIONISTA	250	100%	250	1	250	12	21	0.5
	KINE	250	100%	250	1	250	12	21	0.5
	TENS	250	100%	250	1	250	12	21	0.5
								63	1.6

TALLER SEXUALIDAD EN COMISION MIXTA	0.1	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
	MATRONA	30	100%	30	3	90	30	3	0.1
								3	0.1

MES ANIVERSARIO COMUNAL	0.9	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
	NUTRICIONISTA	150	100%	150	1	150	12	13	0.3
	MATRONA	150	100%	150	1	150	12	13	0.3
	TENS	150	100%	150	1	150	12	13	0.3
								38	0.9

ELS	7.2	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
	NUTRICIONISTA	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	QF	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	KINE	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	TENS ODONTO	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	PSICO	3	100%	3	12	36	0.67	54	1.3
	ENFERMERA 2	2	100%	2	12	24	0.67	36	0.9
	ADMINISTRATIVO	2	100%	2	12	24	0.67	36	0.9
	MEDICO	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	ASISTENTE SOCIAL	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
	MATRONA	2	100%	2	12	24	0.67	36	0.9
	TENS	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
								287	7.2

PROGRAMACION NUMÉRICA UDP									
ENFERMERA	85.3		MEDICO	23.0		TENS	362.4		

VACUNATORIO	TENS	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
SIN CAMPAÑAS	2 MESES A 12 MESES	3495	35.7%	1248	4	4991	4	1248	31.2
	18 MESES	869	12.0%	104	1	104	4	26	0.7
	EMBARAZADAS 28 SEMANAS	1432	5.0%	72	1	72	6	12	0.3
	ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS	1372	40.0%	549	1	549	6	91	2.3
	OTRAS ATENCIONES	34030	1.0%	340	3.5	1191	6	199	5.0
								1576	39

VACUNATORIO	ENFERMERA	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
TOTAL		58318	1.0%	583	5.5	3207	5	641	16.0
								641	16.0

VACUNATORIO	TENS	POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CON CAMPAÑA	INFLUENZA	39411	100%	39411	1	39411	10	3941	91.7
	ESCOLAR	4159	100%	4159	1	4159	10	416	9.7
	OTRA CAMPAÑA	7579	100%	7579	1	7579	10	758	17.6
								5115	127.9

CURACIONES		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	TENS	38454	4.0%	1538	5.5	8460	3	2820	70.5
	ENFERMERA	3453	6.5%	224	13	2918	1.3	2244	56.1
								5064	126.6

CIRUGÍA MENOR		POBLACION TOTAL	COBERTUR A	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	MEDICO evaluación	34030	2.8%	953	1	953	11	87	2.2
	MEDICO CIRUGÍA	953	70%	667	1	667	2	334	8.3
	MEDICO control CIRUGÍA	681	100%	681	2	1362	3	454	11.4
	TENS cirugía	681	100%	681	1	681	2	341	8.5
	TENS curación	681	100%	681	1	681	2	341	8.5
								1555	38.9

ELECTROCARDIOGRAMA	TENS	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP		34030	17%	5785	1.1	6364	4	1591	39.8
								1591	39.8

INYECTABLE	TENS	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP		34030	10%	3403	2	6806	4	1702	42.5
								1702	42.5

INSTALACIÓN SONDA FOLEY		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP	TENS	15	100%	15	12	180	2	90	2.3
	ENFERMERA	15	100%	15	12	180	2	90	2.3
								180	4.5

INSTALACIÓN TTO EV	ENFERMERA	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP		4	100%	4	12	48	2	24	0.6
								24	0.6

TUBERCULOSIS		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
TBC PULMONAR	MEDICO	12	100%	12	6	72	2	36	0.8
	ENFERMERA	12	100%	12	3	36	2	18	0.4
	TENS	12	100%	12	88	1056	5	211	4.9
								265	6.6

TUBERCULOSIS		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
TBC LATENTE, QUIMIOPROFILAXIS	MEDICO	12	100%	12	3	36	3	12	0.3
	ENFERMERA	12	100%	12	2	24	2	12	0.3
	TENS	12	100%	12	12	144	5	29	0.7
								53	1.3

LAVADO DE OÍDOS	TENS	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP		34030	0.8%	272	2	544	3	181	4.5
								181	4.5

TOMA DE MUESTRA		POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
UDP	TENS	38454	12.0%	4614	3	13843	31	447	11.2
	ENFERMERA	38454	5.0%	1923	3	5768	15	385	9.6
								831	20.8

TECNOLOGO MEDICO	59.0	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROCEDIMIENTOS	59299	4.4%	2609	2	5218	5	1044	26.1
	CONSULTAS OFTALMOLÓGICAS TM	59299	0.3%	178	1	178	5	36	0.9
	VICIO REFRACCIÓN MENOR 65 AÑOS	40001	7%	2800	1	2800	4	700	17.5
	VICIO REFRACCIÓN MAYOR 65 AÑOS	19298	12%	2316	1	2316	4	579	14.5
								1315	59.0

OFTALMOLOGO	15.0	POBLACION TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	Nº HORAS ANUALES	Nº HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL GLAUCOMA	520	75%	390	1	390	8	49	1.2
	VICIO REFRACCIÓN MAYOR 65 AÑOS	19298	6%	1061.39	1	1061.39	10	106	2.7
	CONSULTA OFTALMOLÓGICA	59299	6%	3557.94	1	3557.94	8	445	11.1
								600	15.0

XV. PLAN COMUNAL DE CAPACITACIÓN 2020



PLAN DE CAPACITACIÓN COMUNAL AÑO 2020

Comité de Capacitación Comunal, está conformado por:

1. Dr. Roberto Stern Elfenbein, 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 período 2019.
5. Sra. Carolina Navarro, Encargada Comunal de Capacitación período 2020.
6. Dra. Roxana Orellana, Representante de la Categoría A CESFAM Salvador Bustos.
7. Dr. Rodolfo Raddatz, Representante de la Categoría A CESFAM Rosita Renard.
8. Sra. Janet Castro, Representante de la Categoría B CESFAM Rosita Renard.
9. Sra. Fabiola Fleishmann, Representante de la Categoría B CESFAM Salvador Bustos.
10. Sra. Sandra Lincanqueo, Representante de la Categoría CDEF CESFAM Rosita Renard.
11. 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 2020, 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, resolutiveidad 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 2020, 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 Lineamientos Estratégicos del Plan Anual de Capacitación 2020 entregado por el SSMO)**

1. Fortalecer la Instalación del nuevo Modelo de Atención de Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.
2. Desarrollar Modelo de Gestión en Red Asistencial Local, Regional y Nacional.
3. Fortalecer el sistema de garantía explícitas en salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011 – 2020.
4. Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
5. Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.
6. Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs)
7. Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera.
8. Mejorar la gestión y desarrollo de las personas.
9. Preparación para actuar frente a contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc.

- **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) Aplicación de encuesta de necesidad de capacitación agosto-septiembre 2019.
- b) Diseño plan octubre 2019.
- c) Selección de cursos octubre 2019.
- d) Inscripción de los funcionarios a los cursos de acuerdo a su jornada laboral, su categoría y sus intereses, enmarcados en el plan salud comunal, período Septiembre 2019 – Agosto 2020.
- e) Cautelar el proceso de ejecución de la capacitación de septiembre 2019 a agosto 2020.
- f) Evaluación final del proceso en octubre 2020.

2. Indicador:

$$\frac{\text{Nº Cursos Realizados}}{\text{Cursos Programados}} \times 100 \text{ N}^\circ$$

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN 2020 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD..... COMUNA.....																	
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Promoción y prevención integral para el VIH - SIDA	Adquirir herramientas para que los profesionales del sistema público de salud fomenten el autocuidado y promuevan la pesquisa y el Diagnóstico precoz de VIH.	8	10	5	2			25	32				3.000.000	OTEC CADO	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Curso RCP básico y uso de DEA	Los funcionarios serán capaz de comprender e integrar conocimientos y habilidades para que pueda ejecutar acciones y realizar maniobras de calidad con principios técnico científicos actualizados, que le permitan intervenir y manejar en un paro cardiorrespiratorio.	5	5	5	2	2	1	25	21				2.000.000	OTEC ALICAP	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
	Educación diabetes tipo Diabetes 2	Mejorar el control y compensación de pacientes diabéticos mediante la promoción de hábitos saludables		14	6				20	40				0	OPS on line	Carolina Navarro	ON LINE Periodo 2019-2020
	Curso RCP básico	Adquirir conocimientos y habilidades en RCP nivel básico adulto, niños y lactantes	10	10	10	10	10	10	60	20				0	Cesfam Salvador Bustos	Carolina Navarro	1 vez al mes entre Octubre 2019 a Agosto 2020 (menos enero y febrero 2020)
	Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud	Aumentar la competencia en la detección temprana y el manejo de la autolesión y el suicidio	20	20					40	16				0	OPS on line	Carolina Navarro	ON LINE Periodo 2019-2020
	Curso virtual Manejo de la hipertensión arterial para equipos de atención primaria	Mejorar el diagnóstico oportuno de la hipertensión arterial y la calidad de tratamiento de los pacientes hipertensos para prevenir complicaciones cardiovasculares.	10	20					30	60				0	OPS on line	Carolina Navarro	ON LINE Periodo 2019-2020
	Prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares para el equipo del primer nivel de atención	El propósito general del curso es mejorar el diagnóstico oportuno de las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, y mejorar la calidad de tratamiento de los pacientes para prevenir complicaciones cardiovasculares.	10	20					30	40				0	OPS on line	Carolina Navarro	ON LINE Periodo 2019-2020
	Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica para Equipos del Primer Nivel de Atención	Mejorar las medidas de prevención primaria en la enfermedad renal crónica, optimizar el diagnóstico oportuno y la calidad de tratamiento.	10	14	6				30	50				0	OPS on line	Carolina Navarro	ON LINE Periodo 2019-2020
	Manifestaciones orales de enfermedades sistémicas y diagnostico precoz de lesiones precancerosas	Pesquisar y diagnosticar lesiones de la cavidad oral dentro del examen físico para tratamiento y/o pronta derivación.							15	21				0	Cesfam Salvador Bustos	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Actualizar las competencias del equipo de salud en relación a la promoción de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades específicas.	5	10	5	5	5		30	32				3.600.000	OTEC TLC	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
	Capacitación integral de tabaquismo	Contribuir a un cambio cultural de los equipos capacitados y de sus usuarios hacia estilos de vida saludables, que permitan disminuir la prevalencia y daño que el tabaquismo produce tanto a nivel personal, familiar y su entorno.	10	10	10				30	32				3.600.000	Respira Libre	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
	Tabaco y Salud Pública: De la teoría a la práctica. Versión 2016	Promoción de l la Estrategia Ontario Sin Humo de Tabaco. CANADÁ							10	40							
	Herramientas para el bienestar y felicidad laboral	Al final del curso los participantes serán capaces de formular e implementar herramientas que les permitan estructurar actividades para construir espacios laborales Saludables y un bienestar positivo.	8	8	8	8	9	9	50	21				4.000.000	OTEC ALICAP	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)

[illegible]

EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Curso Humanización del Trato APS 2019	principios de los directivos de las Direcciones de Salud Municipales que les permita brindar un directivos de las Direcciones de Salud Municipales que les permita brindar un los pacientes y sus familias, como entre las personas que se desempeñan en los centros de salud.	1	1	1		1		4	21				0	SSMO	Natalia Castillo	18, 19, 25 y 26 de Noviembre 2019
	Gestión de Calidad y Acreditación para centros de atención primaria	Entregar conceptos fundamentales sobre la Gestión de Calidad y Acreditación para implementarlo en Centros de Atención Primaria de Salud (CESFAM)							20	53				0	Cesfam Salvador Bustos	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2010)
	Curso Interno de Complejo CESFAM Salvador Bustos y Centro de Urgencia Ñuñoa: Actualización para Técnicos paramédicos y TENS de APS	Incorporar conocimientos y habilidades para la realización de procedimientos en las áreas de: Entrega de Alimento, Farmacia, Unidad de Procedimientos (UDP), Coordinaciones; Lograr que el alumno conozca y realice en forma correcta 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.			10	5			15	53				0	Cesfam Salvador Bustos	Carolina Navarro	Por confirmar (periodo septiembre 2019 a agosto 2020)
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.																	
Totales														26.730.000			

XVI. DOTACIÓN DE SALUD 2020

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponde)	Dotación año 2019								Dotación año 2020								Variación Respecto del 2019	Observaciones al Cargo
		N° cargos	Comprobación de Horas Totales Contratadas	Validador horas contratadas	Horas Totales Contratadas	N° horas asistenciales	N° horas administrativas	Porcentaje de horas asistenciales vs horas totales	Porcentaje de horas administrativas vs horas totales	N° cargos	Comprobación de Horas Totales Contratadas	Validador horas contratadas	Horas Totales Contratadas	N° horas asistenciales	N° horas administrativas	Porcentaje de horas asistenciales vs horas totales	Porcentaje de horas administrativas vs horas totales		
A*	Médica (*)	56,7	2,493	Se Valida	2,493	2,126	367	85%	15%	61,7	2,715	Se Valida	2,715	2,345	370	86%	14%	Aumenta	horas administrativas son básicamente por Médico Director, Médico Contralor y de Calidad. Se considera aumento en jornada de valoración horaria para CECOSIF y aumento de horas médicas para Programa de Dependencia Severa. Se consideran aumento de horas en COSAM para atender lista de espera. Se considera aumento en CESFAM Rosita Renard, por aumento en jornada de valoración horaria para CECOSIF y aumento de horas médicas para Programa de Dependencia Severa.
	Dentista	23,7	1,041	Se Valida	1,041	889	152	83%	17%	23,7	1,041	Se Valida	1,041	894	147	86%	14%	Se Mantiene	incluye horas dentistas en CUFI
	Química Farmacéutica	3,2	139	Se Valida	139	107	32	77%	23%	6,2	271	Se Valida	271	238	32	88%	12%	Aumenta	implementación Medicina Centro
	Total mano A	83,5	3,673	Se Valida	3,673	3,092	581	84%	16%	91,5	4,027	Se Valida	4,027	3,478	549	86%	14%	Aumenta	
B*	Enfermeras (*)	42,1	1,851	Se Valida	1,851	1,289	562	70%	30%	41,5	1,828	Se Valida	1,828	1,368	460	75%	25%	Disminuye	En CESFAM Salvador Batos, se incluye horas enfermeras en CUFI. Cabe señalar que disminuyen horas por Funcionaria que se acogen a retiro voluntario.
	Matronas (*)	17,5	771	Se Valida	771	585	186	76%	24%	18,0	794	Se Valida	794	592	202	73%	27%	Aumenta	Programa de atención a embarazadas
	Psicólogo (a)	32,6	1,434	Se Valida	1,434	1,282	152	89%	11%	32,8	1,442	Se Valida	1,442	1,288	154	89%	11%	Aumenta	señal aumento de 10 horas por hora de atención
	Asistente Social	19,7	866	Se Valida	866	746	120	86%	14%	19,4	855	Se Valida	855	715	140	84%	16%	Disminuye	Horas de funcionarios asignados a Biotec
	Nutricionista	13,8	605	Se Valida	605	434	171	72%	28%	12,8	561	Se Valida	561	409	152	73%	25%	Disminuye	Horas de funcionarios
	Gratificación (a)	18,0	792	Se Valida	792	593	199	75%	25%	20,3	1,115	Se Valida	1,115	864	251	79%	21%	Aumenta	
	Chros: Terapia Ocupacional	8,3	367	Se Valida	367	306	61	97%	3%	2,5	110	Se Valida	110	99	11	92%	10%	Disminuye	
	Chros: Fonoaudiólogo	0,8	33	Se Valida	33	33	0	100%	0%	0,8	33	Se Valida	33	33	0	100%	0%	Se Mantiene	
	Chros: (indicar profesión)	0,5	22	Se Valida	22	4	18	18%	82%	0,5	22	Se Valida	22	4	18	18%	82%	Se Mantiene	
	Chros: (indicar profesión)	1,0	44	Se Valida	44	5	39	11%	89%	1,0	44	Se Valida	44	5	39	11%	89%	Se Mantiene	
	Chros: (Tecnólogo Médico)	3,0	132	Se Valida	132	100	32	76%	24%	3,0	132	Se Valida	132	100	32	76%	24%	Se Mantiene	
	Chros: (cargos de laboratorio y Director de laboratorio)	1,0	70	Se Valida	70	59	11	84%	16%	1,7	73	Se Valida	73	62	11	85%	15%	Aumenta	aumento de horas de Director (S) de laboratorio
	Total mano B	158,8	6,967	Se Valida	6,967	5,466	1,501	78%	22%	159,3	7,089	Se Valida	7,089	5,538	1,471	78%	22%	Aumenta	
	Equipo Nuclear	116,3	5,115			4,000	1,115	78%	22%	121,3	5,337		5,337	4,295	1,042	80%	20%		

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2019		Dotación año 2020		Variación Respecto del 2019	Observaciones al Cargo
		N° cargos	Horas Totales Contratadas	N° cargos	Horas Totales Contratadas		
C	Técnicos Paramédicos	90.8	3,994	95.8	4,214	Aumenta	Implementación Botica Centro Asistencial Ñuñoa + Botica C. Amapolas y C. Villa Olímpica
	Técnicos Informáticos	1.5	66	2.5	110	Aumenta	Favorecer la resolución local de tipo redes o TI.
	Contador	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Secretarias	12.0	528	12.0	528	Se Mantiene	
	Otros	4.0	176	4.0	176	Se Mantiene	
	Total tramo C	108.3	4,764	114.3	5,028	Aumenta	
D	Auxiliar Paramédico	23.0	1,012	17.0	748	Disminuye	
	Asistente de enfermería	22.4	984	20.0	880	Disminuye	
	Asistente Dental	16.3	717	14.5	636	Disminuye	
	Otros	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Total tramo D	61.7	2,713	51.5	2,264	Disminuye	
E	Administrativo del Área Salud	24.0	1,056	20.7	909	Disminuye	
	Total tramo E	24.0	1,056	20.7	909	Disminuye	
F	Auxiliar de Servicio	24.8	1,090	24.8	1,091	Aumenta	
	Conductores	20.0	880	21.0	924	Aumenta	
	Camilleros	1.0	44	1.0	44	Se Mantiene	
	Otros	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Total tramo F	45.8	2,014	46.8	2,059	Aumenta	
TOTALES		482.0	21,207	484.0	21,296	Aumenta	

XVII. PRESUPUESTO DE SALUD

PRESUPUESTO ÁREA SALUD 2020

INGRESOS Y GASTOS	SALVADOR BUSTOS	CENTRO DE URGENCIAS	ROSITA RENARD	LABORATORIO	COSAM	DEPTO SALUD	BOTICA PZA ÑUÑO	BOTICA VILLA OLIMPICA	BOTICA AMAPOLAS	BOTICA CENTRO ASISTENCIAL	CENTRO ASISTENCIAL DE ÑUÑO	CENTRO INTEGRAL ADULTO MAYOR	TOTAL GENERAL
Ministerio Salud - per cápita	2,823,777,324	0	2,324,563,839	0	0	0	0	0	0	0	0	30,680,000	5,179,021,163
Programas complementarios SS	973,158,591	477,115,562	1,009,062,333	11,089,061	417,117,103	16,524,942	0	0	0	0	0	0	2,904,067,593
Venta de Servicios	2,502,128	6,321,110	1,570,124	39,352,274	0	0	698,737,331	172,789,200	180,385,320	417,229,692	0	0	1,518,887,179
Otros Ingresos	9,439,303		31,840,384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41,279,687
Total Ingresos	3,808,877,344	483,436,672	3,367,036,680	50,441,335	417,117,103	16,524,942	698,737,331	172,789,200	180,385,320	417,229,692	0	30,680,000	9,643,255,621
Remuneraciones	3,893,613,856	1,061,227,873	3,862,424,091	175,166,779	823,837,226	171,262,445	53,497,573	32,430,504	32,554,356	26,510,320	0	31,539,340	10,164,064,363
Bonos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fluquitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Licencias médicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Egresos	3,893,613,856	1,061,227,873	3,862,424,091	175,166,779	823,837,226	171,262,445	53,497,573	32,430,504	32,554,356	26,510,320	0	31,539,340	10,164,064,363
Servicios generales	278,868,509	48,746,111	155,455,128	25,401,625	38,445,306	78,635,472	6,635,374	5,400,036	5,148,000	3,600,720	480,000,000	32,000,000	1,158,336,281
Materiales de uso o consumo a	319,186,946	48,269,122	499,402,759	68,855,801	93,757,311	10,626,023	658,737,331	172,789,200	180,385,320	417,229,692	872,623,737		3,341,863,241
Consumos básicos	85,842,158	27,593,372	153,425,115	9,169,118	8,691,676	7,754,078	1,163,189	5,400,000	5,400,000	5,400,000			309,838,707
Mantenciones y reparaciones	59,125,986	12,158,945	55,329,864	36,985,420	18,125,984	0	39,154,215	2,456,111	2,398,547	2,399,158	15,958,628	5,924,316	250,017,174
Combustibles y lubricantes	23,794,900	12,110,579	10,705,908	0	926,130	2,028,882	0	0	0	0	4,985,615		54,552,013
Inversiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		271,154,380	271,154,380
Textiles y vestuario	30,159,215	6,954,892	29,154,892	0	6,159,862	0	0	0	0	0			72,428,861
Total Gastos de Operación	796,977,713	155,833,020	903,473,666	140,411,964	166,106,270	99,044,455	705,690,109	186,045,347	193,331,867	428,629,570	1,373,567,980	309,078,696	5,458,190,658
DEFICIT / SPURAVIT	-881,714,224	-733,624,221	-1,398,861,077	-265,137,408	-572,826,392	-253,781,958	-60,450,352	-45,686,651	-45,500,903	-37,910,198	-1,373,567,980	-309,938,036	-5,978,999,400

