

PLAN DE SALUD COMUNAL ÑUÑO A 2021



ÍNDICE

	Página
I. Introducción.	3 – 7
II. Visión, Misión, Valores Institucionales	8
III. Red Asistencial Salud Oriente	9
IV. Nuestra Comuna de Ñuñoa	10 – 11
V. Nuestra Red de Salud Comunal 2021	12
VI. Diagnóstico de Salud	13 - 65
A. Diagnóstico Epidemiológico	13 - 18
A.1 Estructura Poblacional	13 - 14
A.2 Pueblos Originarios	15 - 15
A.3 Población Inmigrante	16 - 18
B. Indicadores Socioeconómicos	19 - 22
C. Indicadores Biodemográficos	23 - 58
C.1 Indicadores de Natalidad	23 - 23
C.2 Indicadores de Mortalidad	24 - 34
C.3 Indicadores de Morbilidad	35 - 47
C.3.1 Indicadores de Atención Primaria	48 - 51
C.3.2 Egresos Hospitalarios	52 - 54
C.3.3 Consultas de Morbilidad en Ñuñoa	55 - 58
D. Diagnósticos Participativos de la Comuna	59 - 63
D.1 Diagnóstico Participativo CESFAM Rosita Renard	58 – 61
D.2 Diagnóstico Participativo CESFAM Salvador Bustos	62 - 64
VII. Cartera de Prestaciones de Centros de Salud Familiar	65 - 66
VIII. Cartera de Prestaciones de COSAM Ñuñoa	67 - 67
IX. Cartera de Prestaciones de Laboratorio Comunal Ñuñoa	68 – 68
X. Priorización de Problemas de Salud	69 - 70
XI. Laboratorio Comunal 2021	71 - 72
XII. Boticas Comunes 2021	73 - 74
XIII. Centro Diurno del Adulto Mayor	75 - 75
XIV. Programación CESFAM Salvador Bustos y CUÑ	76 - 105
XV. Programación CESFAM Rosita Renard y SAPU	106 - 140
XVI. Programación Centro Comunitario de Salud Mental COSAM	141 - 148
XVII. Programación Numérica CESFAM Salvador Bustos y CUÑ	149 – 161
XVIII. Programación Numérica CESFAM Rosita Renard y SAPU	162 - 169
XIX. Programación Numérica COSAM	171 - 172
XX. Plan de Comuna de Capacitación 2021	173 - 174
XXI. Dotación Salud 2021	175 - 176
XXII. Presupuesto de Salud 2021	177

I. INTRODUCCIÓN

La planificación en salud para el año 2021, no puede dejar de considerar que el mundo enfrenta una pandemia.

Ya desde finales del 2019, cuando Wuhan, China se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de etiología desconocida que posteriormente se asociaría a la exposición a un mercado de alimentos en esta ciudad, y luego con la expansión exponencial que en sólo un par de meses se transformaría en una pandemia global, como fue declarada el 11 de marzo del 2020, significó que todo lo planificado para realizar en nuestro quehacer en salud, debió modificarse, aplazando y suspendiendo muchas actividades, pero también creando, coordinando, capacitando, implementando y supervisando todas aquellas concernientes con la atención del COVID-19.

En este documento plasmaremos nuestro quehacer durante este año 2020, en que esta grave crisis nos implicó reorientar todos los recursos a la atención de salud de los pacientes COVID tanto intramural como extramural. En este último punto, especial atención han tenido aquellos usuarios de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) de la comuna, que dada su condición de fragilidad nos exigió un gran despliegue de recursos en personal de salud como en insumos médicos y movilización, además de coordinación con distintas instituciones en situaciones de crisis, tales como SSMO, INGER, SENAMA, SEREMI, etc.

Dicho todo esto y contextualizada la pandemia de Sars - Cov 2 que ha afectado a nuestro país, según lo mandatado en la Ley de Estatuto de Atención Primaria de Salud, respecto a la Planificación y Programación del año 2021, se elabora el presente documento como herramienta para los equipos de Salud, a fin de orientar las actividades a realizar durante el año en el entendido, que estamos bajo emergencia sanitaria y estado de excepción constitucional de catástrofe.

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 – 2021, razón por la cual sigue siendo el marco regulatorio al que nos debemos adecuar, considerando además la situación de emergencia que estamos viviendo.

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 al centro del accionar, generando coordinaciones con los distintos partícipes 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 evitables.

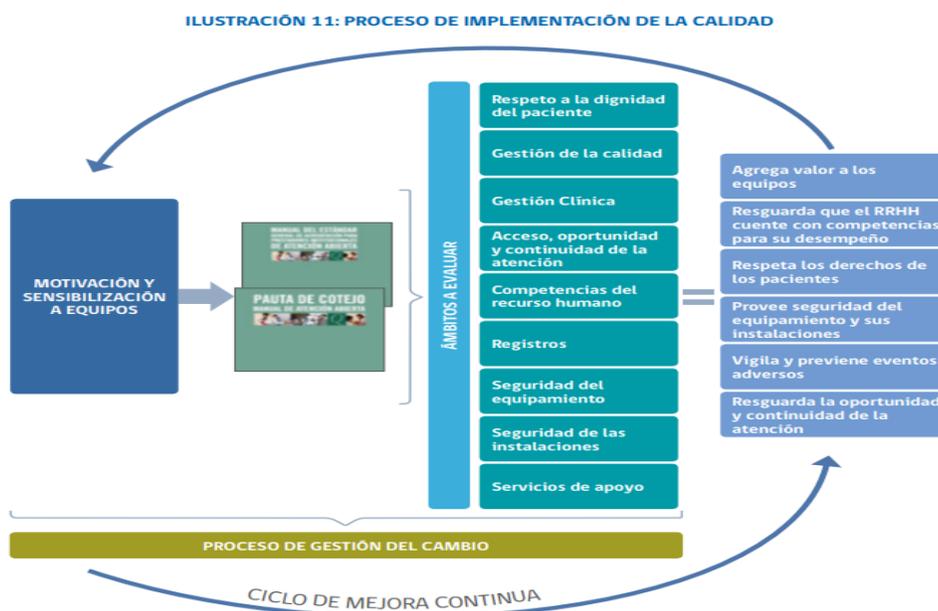
- **Gobernanza:** La participación social en los distintos ámbitos de acción de los usuarios, ya sea al interior del box de atención, mediante la toma de decisiones informada respecto de sus cuidados de salud, o en la reclamación a través de las oficinas de OIRS o mediante la participación de la comunidad en los Consejos de Desarrollo Social, Asambleas o Diagnósticos participativos, permite optimizar la eficacia y calidad de las prestaciones que se entregan.

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



- 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. 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. 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, sino 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.
- El Laboratorio Comunal obtuvo su acreditación en febrero 2020, siendo el primer Laboratorio Comunal en acreditarse.
- 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.

DESAFIOS 2021

ACTIVIDADES DE CONTINUIDAD (Sujetas a continuidad de recursos COVID):

- Todas aquellas actividades que en el marco de la emergencia sanitaria se requiera y se nos mandaten.
- Atención médica domiciliaria 24/7 a usuarios adultos mayores y con dependencia severa.
- Reforzamiento de la atención CUÑ y SAPU Rosita Renard.
- Ampliación del horario de SAPU Rosita Renard a 24/7, lo que permite mantener diferenciados los flujos de atención de pacientes COVID del resto de los usuarios no COVID.
- Atención domiciliaria a pacientes mayores de 75 años.
- Entrega de fármacos y alimentos del Programa de Alimentación Complementaria a domicilio adultos mayores de 75 años y pacientes con dependencia severa.
- Administrar la vacunación COVID con la cobertura que sea planificada desde el nivel central.

ACTIVIDADES DE INFRAESTRUCTURA:

- Repostulación de Reposición de CESFAM Rosita Renard.1
- Botica Centro Asistencial de Ñuñoa.
- Óptica Centro Asistencial de Ñuñoa

INNOVACIÓN:

- 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.
- Droguería Ñuñoa que se implementará en las dependencias del ex CESFAM Salvador Bustos, siendo un lugar de almacenamiento y distribución de medicamentos y dispositivos médicos (materiales y útiles quirúrgicos, insumos de enfermería, etc.) para los diferentes establecimientos de la red de salud comunal. Esto permitirá hacer más eficiente y oportuna la distribución de fármacos y dispositivos médicos.
- Centro de Neuro rehabilitación. Considerando que nuestra población inscrita tiene un 30% de población adulta mayor y que la patología cardiovascular previo a esta pandemia es la segunda causa de muerte, con un alto porcentaje de discapacidad e invalidez, hacen imperativo que esta comuna desarrolle un centro destinado a la rehabilitación multidisciplinaria y coordinada dirigido a modificar, minimizar o compensar las alteraciones funcionales secundarias a una lesión del sistema nervioso.
- Atención de salud mental a los usuarios de Ñuñoa, considerando el probable aumento de demanda en situación de confinamiento y pandemia, articulando la red y recursos disponibles.

II. VISION

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

DEPARTAMENTO DE SALUD DE ÑUÑO A

- RESPETO
- COMPROMISO
- CALIDAD
- EQUIDAD
- INNOVACIÓN

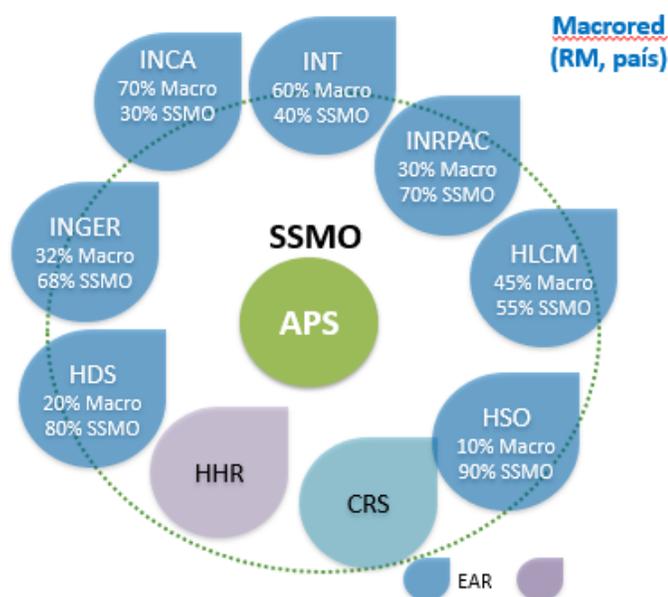
III. RED ASISTENCIAL SALUD ORIENTE

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.

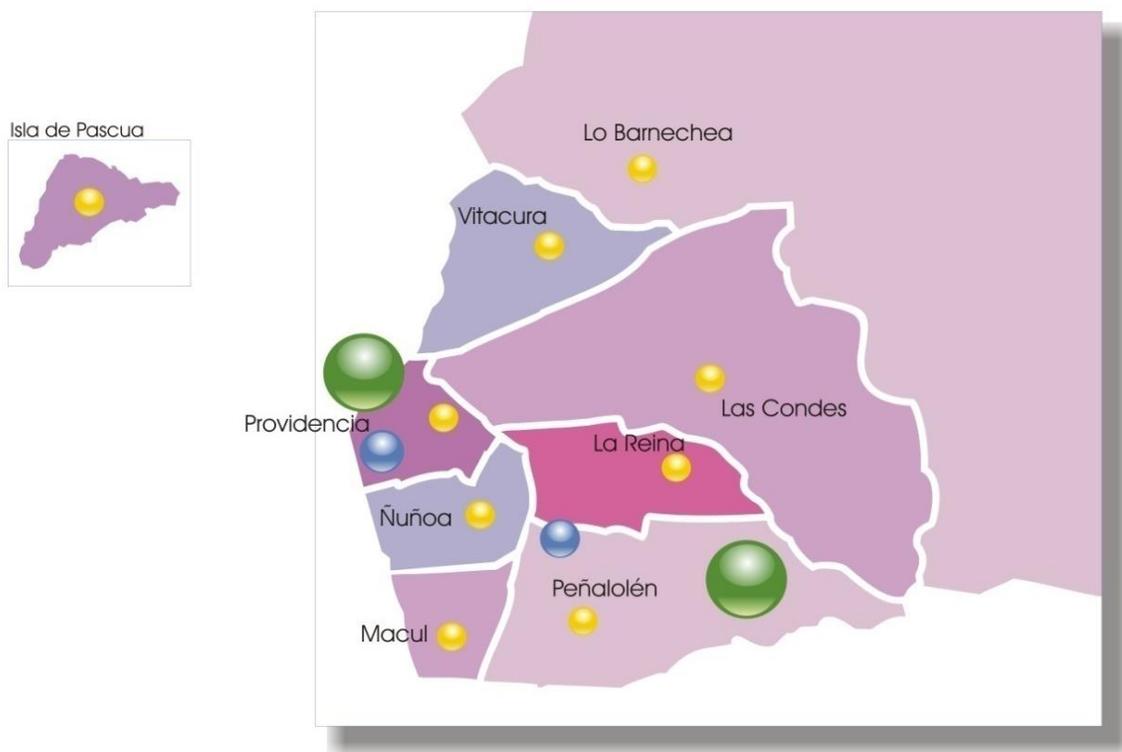
La Red la constituyen 4 hospitales, 4 Institutos de Referencia Nacional y un CRS que conforman los Niveles Secundarios y Terciarios de Atención, así como 20 Centros de Salud Familiar, 8 Centros Comunitarios de Salud Mental, 4 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 11 Servicios de Atención Primaria 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 Geriatria
- Instituto Nacional de Rehabilitación PAC.
- Centro de Referencia CRS Cordillera



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



IV. NUESTRA COMUNA

La palabra Ñuñoa viene del mapudungun Ñuñohue, "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.

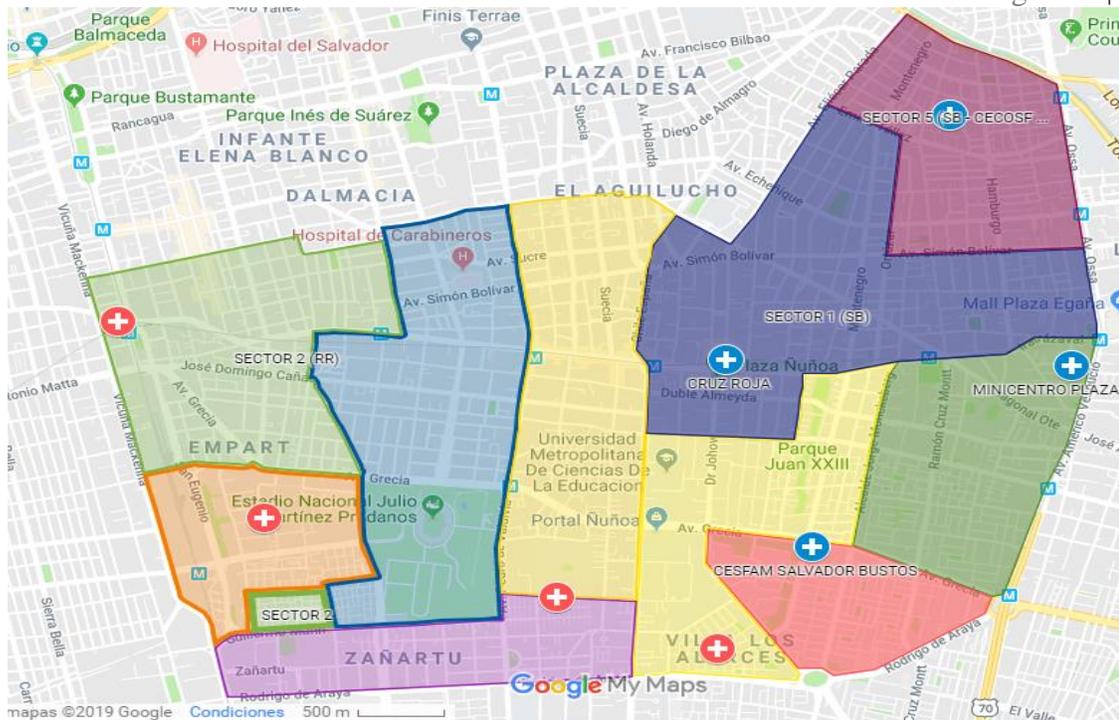
La población comunal calculada tras CENSO 2017 es de 208.237 habitantes, correspondiendo al 2,7% de la población regional y 1,2% nivel País.

La densidad poblacional del año 2018 es de 13.831habt/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, Irrarrázaval, 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 Ñuñoehue 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.

V. 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.
- MINI CENTRO DE SALUD PEDRO DE OÑA.
- MINI CENTRO DE SALUD PLAZA ÑUÑO A.
- MINI CENTRO DE SALUD PLAZA EGAÑA.
- UAPO.
- LABORATORIO CLÍNICO.
- BOTICA DE PLAZA ÑUÑO A.
- BOTICA DE ÑUÑO A CECOSF VILLA OLÍMPICA.
- BOTICA DE ÑUÑO A CECOSF AMAPOLAS.

VI. DIAGNÓSTICO DE SALUD

A. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLÓGICO:

A.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 con la población de los mayores de 64 años, también constituyen un grupo porcentual similar, tal como se observa en la Tabla N.º 1, siendo porcentualmente mayores en los mismos grupos poblacionales a comparar. Esto determina de manera sustancial nuestra demanda y principales problemas sanitarios.

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%

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

Este envejecimiento poblacional, es aún más evidente en la población inscrita en los Centros de Salud Familiar de Ñuñoa que, en octubre 2020, es de 73.080 inscritos.

A continuación, se presentarán las cifras de población inscrita a octubre 2020 para cada CESFAM y el consolidado comunal.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 a 9	1.279	51,72%	1.194	48,28%	2.473	6,45%
10 a 14	849	52,12%	780	47,88%	1.629	4,25%
15 a 19	910	49,92%	913	50,08%	1.823	4,75%
20 a 44	4.665	41,27%	6.639	58,73%	11.304	29,47%
45 a 64	3.884	38,19%	6.287	61,81%	10.171	26,51%
65 y más	3.499	31,93%	7.461	68,07%	10.960	28,57%
Total	15.086	39,33%	23.274	60,67%	38.360	100,00%

TABLA N°2: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN CESFAM SALVADOR BUSTOS, OCTUBRE 2020.

La población menor de 15 años del CESFAM Salvador Bustos es de un 10.7%, y su población de 65 y más años es de casi 29%. Además, destaca que el 60.5% de su población inscrita, es población de sexo femenino.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 a 9	1.486	52,14%	1.364	47,86%	2.850	8,21%
10 a 14	755	50,91%	728	49,09%	1.483	4,27%
15 a 19	781	50,39%	769	49,61%	1.550	4,46%
20 a 44	4.468	40,04%	6.691	59,96%	11.159	32,14%
45 a 64	3.858	42,06%	5.315	57,94%	9.173	26,42%
65 y más	3.019	35,50%	5.486	64,50%	8.505	24,50%
Total	14.367	41,38%	20.353	58,62%	34.720	100,00%

TABLA N°3: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN CESFAM ROSITA RENARD, OCTUBRE 2020.

La población menor de 15 años del CESFAM Rosita Renard es de un 12,5%, ligeramente mayor que en Salvador Bustos. Además, los mayores de 65 años corresponden a alrededor del 25% de los inscritos. También destaca que el 58.6% de su población es sexo femenino.

Población en años	Masculino		Femenino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
0 a 9	2.765	51,94%	2.558	48,06%	5.323	7,28%
10 a 14	1604	51,54%	1.508	48,46%	3.112	4,26%
15 a 19	1691	50,13%	1682	49,87%	3.373	4,62%
20 a 44	9.133	40,66%	13.330	59,34%	22.463	30,74%
45 a 64	7.742	40,02%	11.602	59,98%	19.344	26,47%
65 y más	6.518	33,49%	12.947	66,51%	19.465	26,64%
Total	29.453	40,30%	43.627	59,70%	73.080	100,00%

TABLA N°4: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN COMUNA DE ÑUÑO A, OCTUBRE 2020.

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 y 40% hombres.

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

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.

En relación con el 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.

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	N.º	%
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.

A continuación, en el Gráfico N. °1 se observa la pertenencia a pueblos originarios de los inscritos en Ñuñoa, siendo el Pueblo Originario Mapuche el declarado por 417 personas, lo que representa el 0,6% del total de inscritos, lo que claramente refleja un subregistro del dato, ya sea porque no se declara o porque no se consigna al momento de la inscripción.

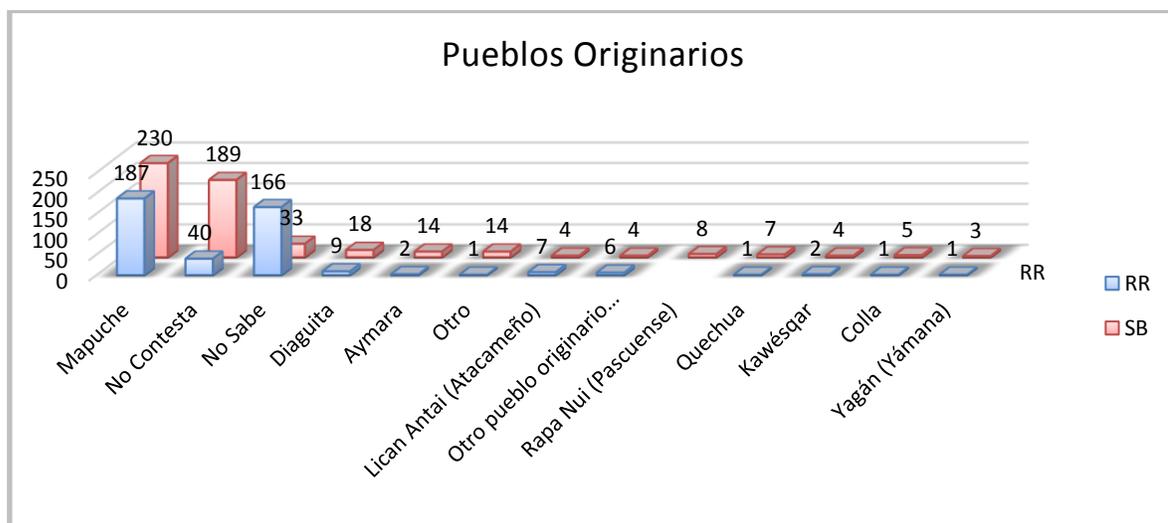


GRÁFICO N°1: DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN INSCRITA EN ÑUÑO A, QUE SE DECLARA PERTENECIENTE A PUEBLOS ORIGINARIOS, OCTUBRE 2020.

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, (promedio de las Comunas) con excepción de Rapa Nui. 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. ° 7.

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

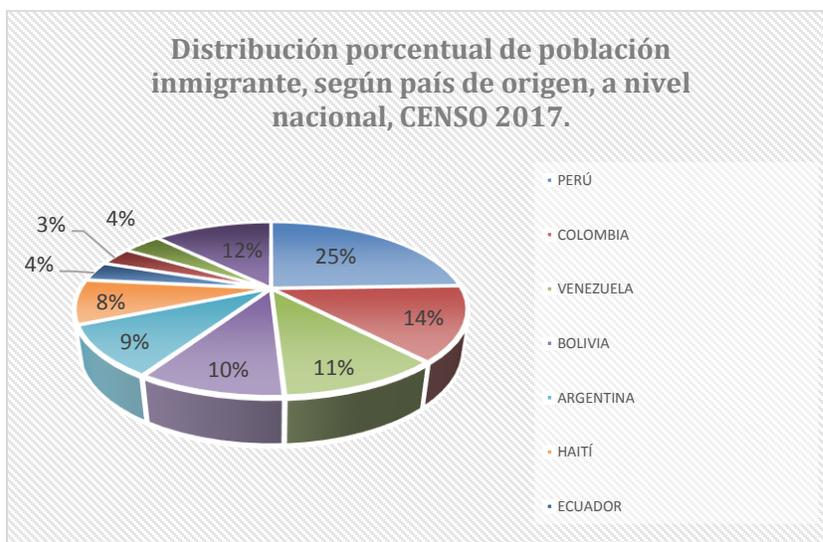


GRÁFICO N°2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE A NIVEL NACIONAL, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, CENSO 2017.

Tal como se observa en el gráfico N.º 2, 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.º 3.

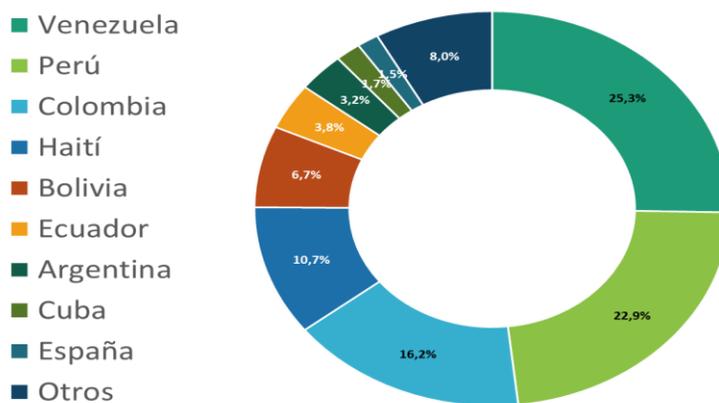


GRÁFICO N°3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE A NIVEL SSMO, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, CENSO 2017.

Al revisar la situación en relación con la población inscrita en los Centros de Salud Familiar de Ñuñoa, nos encontramos con una población inmigrante mayoritariamente de origen de Venezuela, con un 55% y sólo un 17% de origen peruano, tal como se aprecia en Gráfico N.º 4.

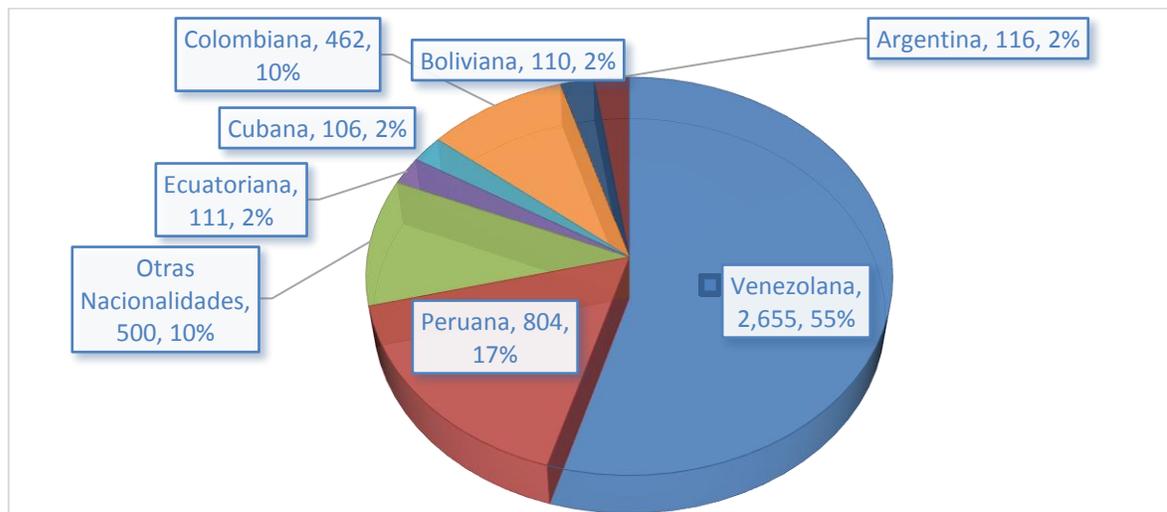


GRÁFICO N.º 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN INMIGRANTE INSCRITA EN CESFAM DE ÑUÑOA, SEGÚN PAÍS DE ORIGEN, OCTUBRE 2020.

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 con el promedio de años de estudio, según el CENSO 2017, hemos descendido en relación con el 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 con mediciones de Pobreza realizadas en Encuesta CASEN, desde el 2013 se incorpora a las cifras de Pobreza por Ingresos, la Pobreza Multidimensional. Esta variable considera carencias que pueden exhibir los hogares en cuatro dimensiones del bienestar (diferentes del ingreso):
 1. Educación
 2. Salud
 3. Vivienda
 4. Trabajo y seguridad social.
- En el contexto de la difusión de resultados de Casen 2015, se amplió la metodología de medición de pobreza multidimensional a 5 dimensiones, a saber:
 1. Educación
 2. Salud
 3. Vivienda y Entorno
 4. Trabajo y seguridad social
 5. Redes y Cohesión Social.
- De este modo, Chile cuenta en la actualidad con dos metodologías complementarias de medición de pobreza por ingresos y multidimensional, para su aplicación en los niveles de representación de la encuesta Casen.

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
PEÑALOLEN	4.8	20.7

TABLA N°8: 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°9: 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 2019, sitúa a la comuna de Ñuñoa en lugar N°6, ascendiendo del N°7 en que estaba el 2018.
- 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”.
- Conforme el procesamiento estadístico que se aplica, no se pueden comparar los valores obtenidos de un año respecto al otro. Hay dos razones que lo sustentan, la primera, porque cada año que se calcula el ICVU hay cambios de algunas variables en virtud de la búsqueda de obtener mejores variables explicativas, actuales, confiables y que abarquen todas las comunas evaluadas. Y la segunda razón, porque al aplicar el método de Análisis de Componentes Principales (PCA) no necesariamente se seleccionen variables que si fueron seleccionadas en años anteriores. (FUENTE: Presentación ICVU 2019. CCHC).

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.

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

Con 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:

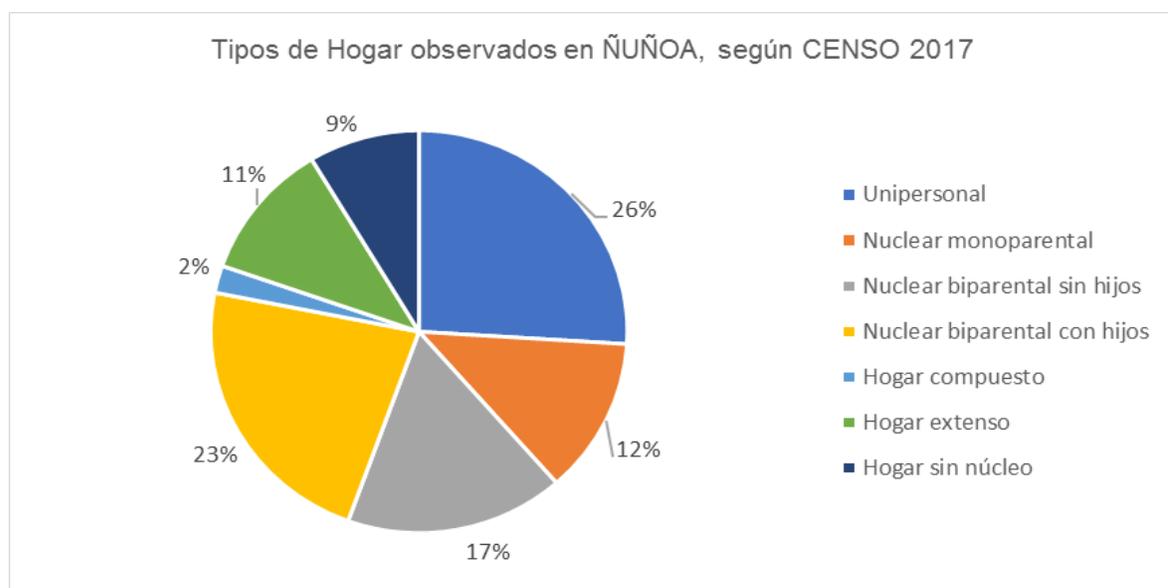


GRÁFICO N°5: TIPOS DE HOGARES OBSERVADOS EN LA COMUNA DE ÑUÑO A, CASEN 2017

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°11: 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 con el 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.

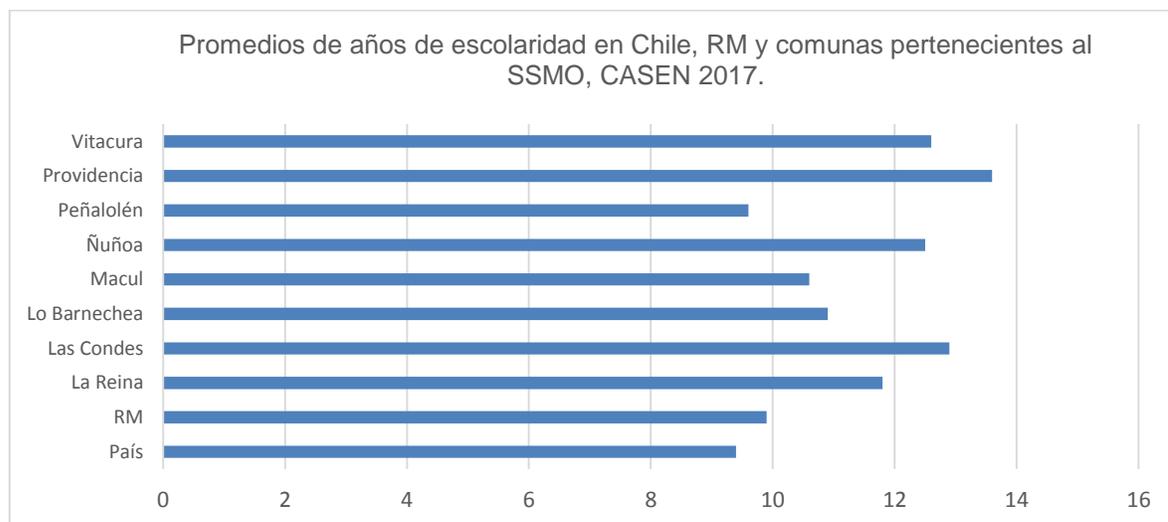


GRÁFICO N°6: PROMEDIO DE AÑOS DE ESTUDIO EN CHILE, RM Y COMUNAS DEL SSMO, CASEN 2017.

C. INDICADORES BIODEMOGRÁFICOS.

C.1 INDICADORES DE NATALIDAD.

La Tasa de natalidad en Ñuñoa ha tenido una disminución sostenida desde el año 2000 al 2007, tal como se observa en el gráfico N°7, en que comienza con un alza hasta cifras de 18,4 RN por mil habitantes los años 2011 y 2012, fecha en que nuevamente desciende a cifras de 12,5 RN por mil habitantes para el año 2016.

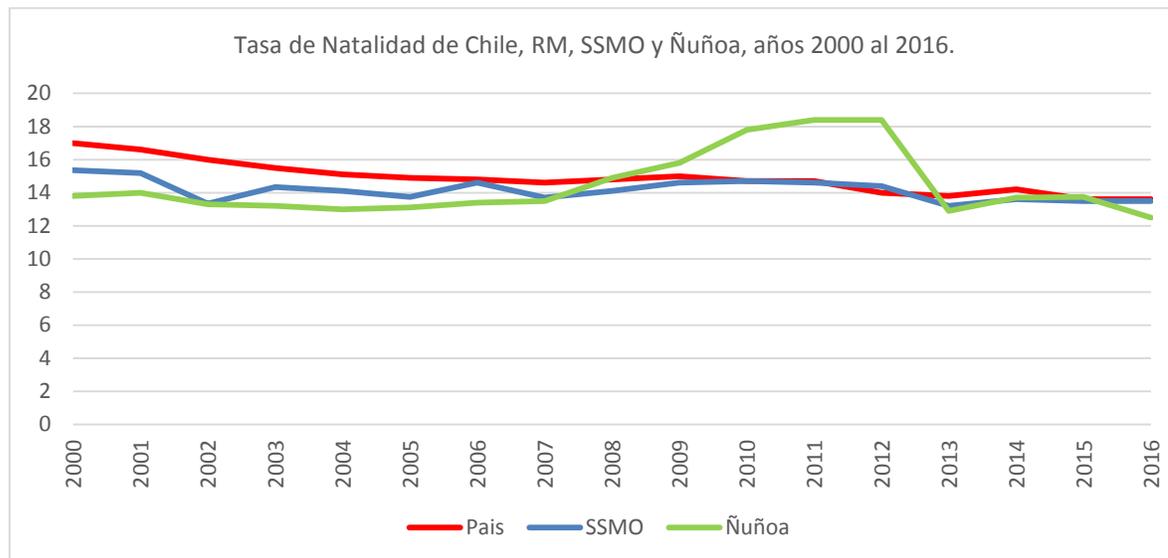


GRÁFICO N°7: TASA DE NATALIDAD DE CHILE, REGIÓN METROPOLITANA, SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE Y COMUNA DE ÑUÑO A, AÑOS 2000 AL 2016, INE.

Al observar la curva de los nacidos vivos inscritos en Ñuñoa del gráfico N°8, podemos observar que la cifra en enero 2020 es similar a la mediana del periodo 2010 -2020, pero que desde febrero en adelante presenta una brusca caída quedando con cifras inferiores a todo el decenio, lo cual obviamente, es un fenómeno multicausal que deberá analizarse y observarse por un periodo mayor para traducirse en una disminución importante de la tasa de natalidad.

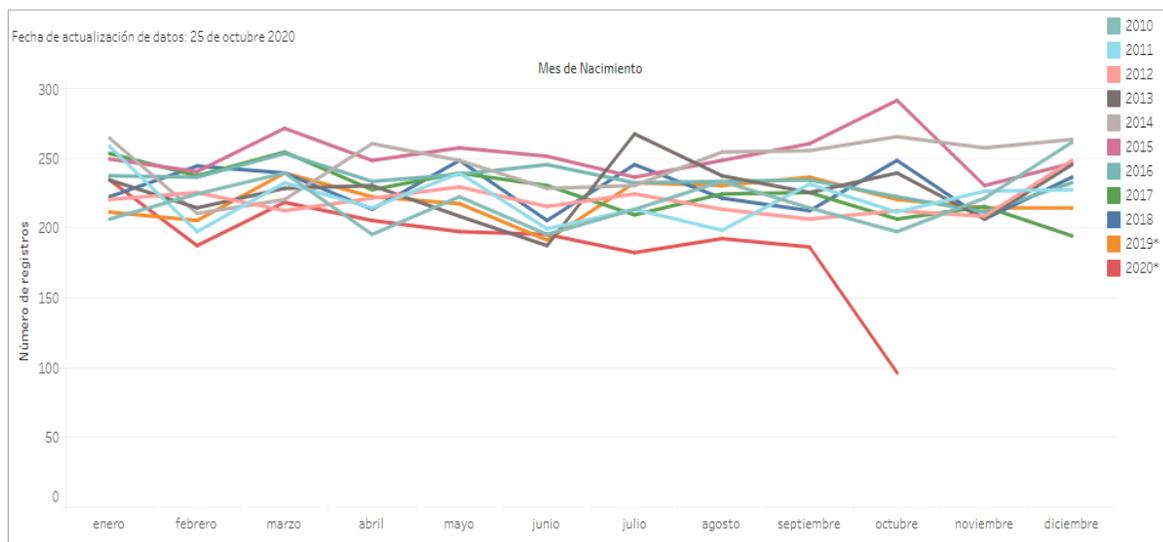


GRÁFICO N°8: NACIDOS VIVOS INSCRITOS EN ÑUÑO A, SEGÚN MES Y AÑO DE NACIMIENTO, AÑOS 2010 AL 2020, DEIS.

En relación con 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 años a 35%.

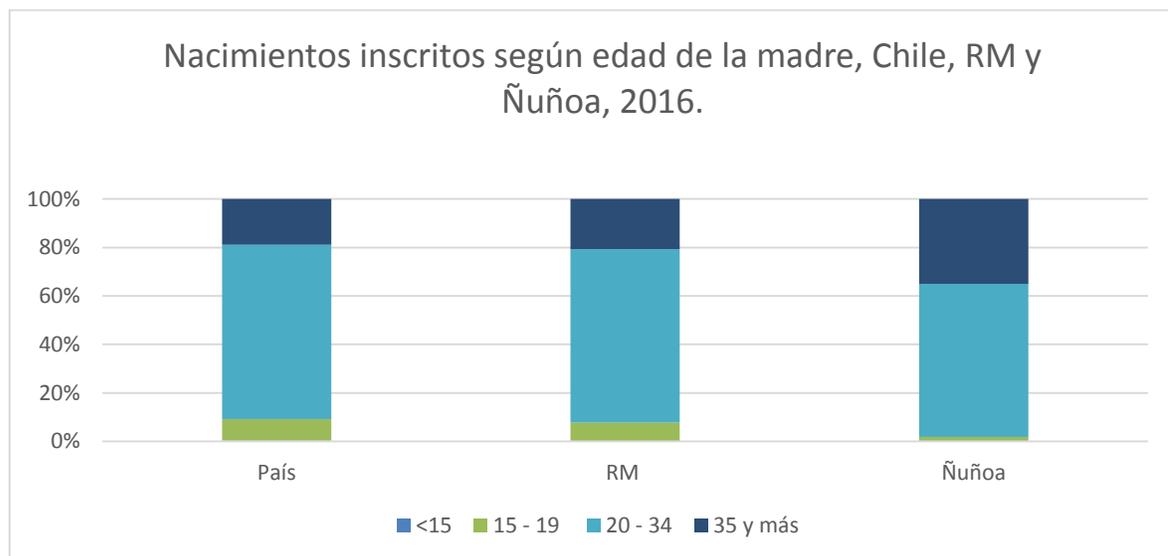


GRÁFICO N°9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NACIMIENTOS INSCRITOS EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNA DE ÑUÑO A, SEGÚN EDAD DE LA MADRE, AÑO 2016, INE.

C.2 INDICADORES DE MORTALIDAD.

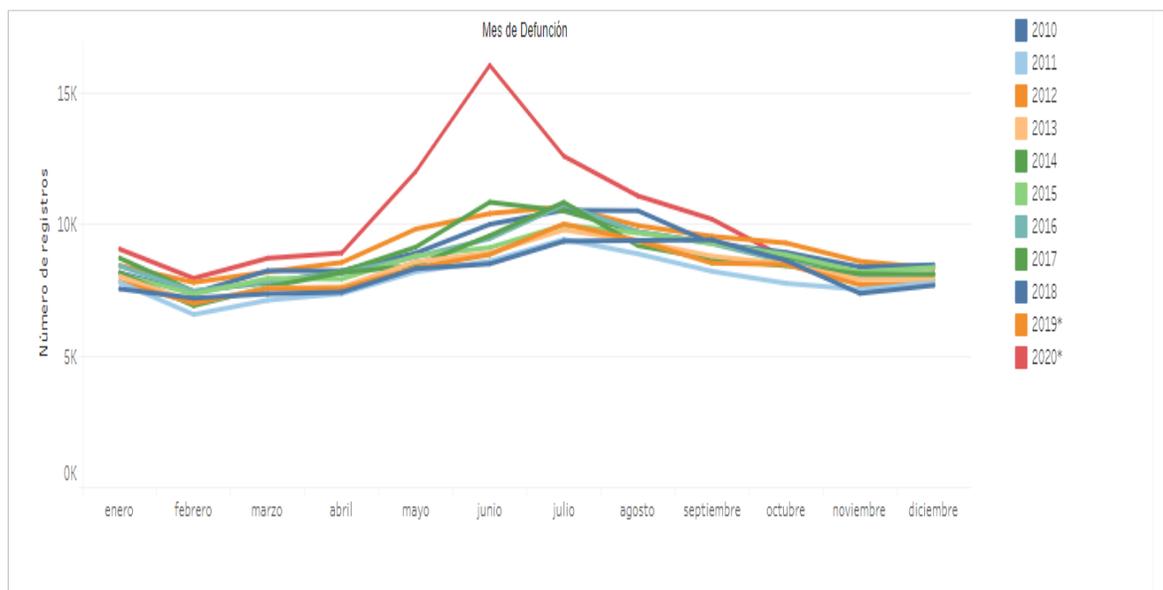


GRÁFICO N°10: DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD DE ENERO A DICIEMBRE, ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2020.

La situación de pandemia que vive el mundo y nuestro país se refleja claramente en este gráfico en que durante los meses de mayo a agosto presentó un aumento del número de defunciones a nivel nacional.

Al realizar una comparación de las defunciones registradas e informadas en los últimos 5 años en Chile (2016-2020), se observa que a partir del mes de mayo hay un aumento por sobre el promedio de mortalidad de los 4 años anteriores. Las defunciones acumuladas del año 2020 entre los meses de enero a septiembre equivalen a un 18% más de defunciones en relación con el promedio de defunciones acumuladas en el mismo periodo en los años 2016 a 2019, como se observa en el siguiente gráfico.

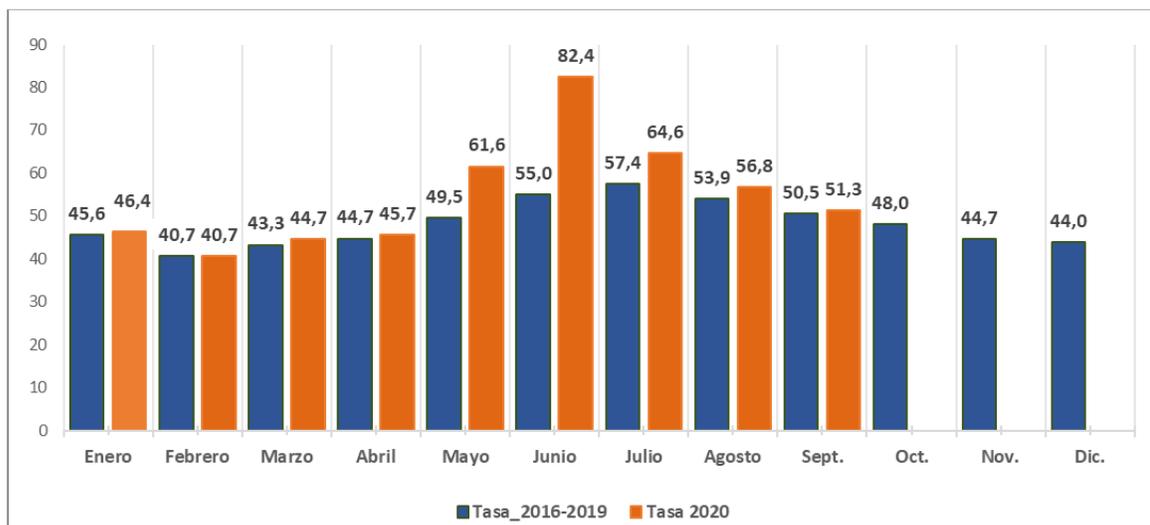


GRÁFICO N°11: COMPARACIÓN DEL PROMEDIO DE TASAS DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS ENTRE LOS AÑOS 2016 AL 2019 Y LA MORTALIDAD 2020, SEGÚN MES DE DEFUNCIÓN, A NIVEL NACIONAL.

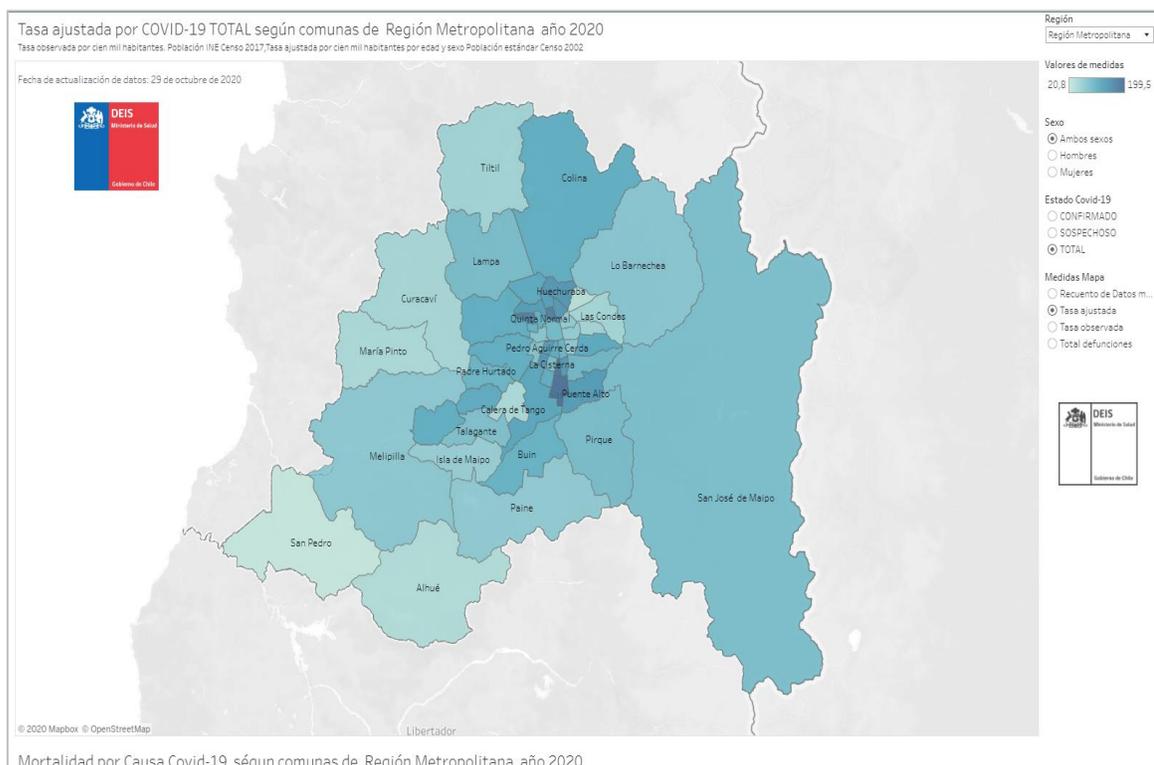


GRÁFICO N°12 MORTALIDAD POR COVID-19 EN TASAS AJUSTADAS POR EDAD, SEGÚN COMUNAS DE RESIDENCIA DE REGIÓN METROPOLITANA, AÑO 2020

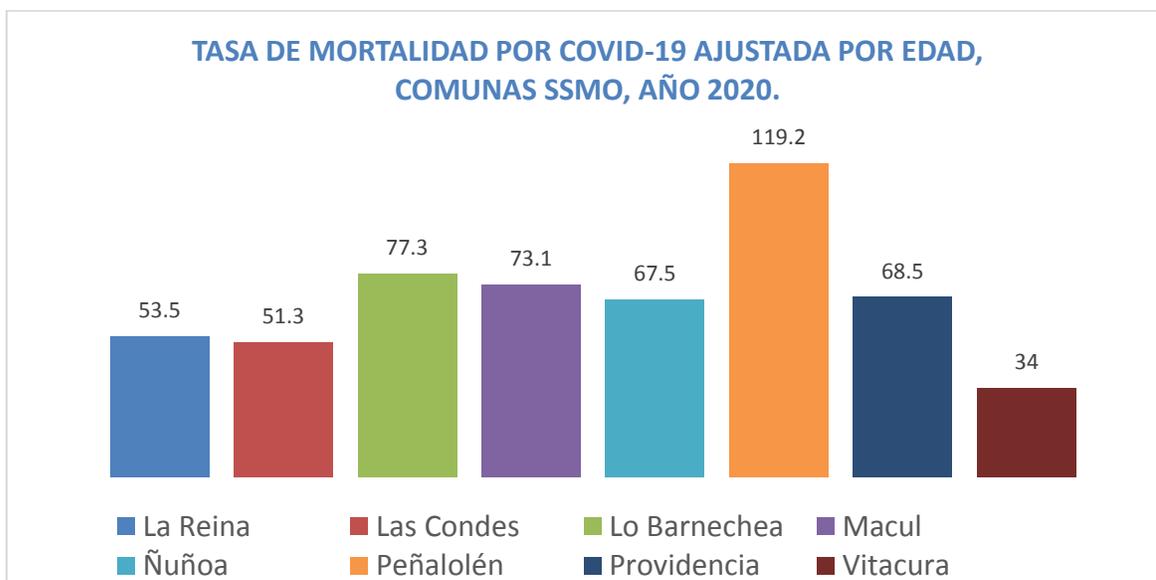


GRÁFICO N°13 TASA DE MORTALIDAD POR COVID-19 EN TASAS AJUSTADAS POR EDAD, SEGÚN COMUNAS DE RESIDENCIA DE REGIÓN METROPOLITANA, AÑO 2020

Dado que estas comunas tienen composiciones etarias muy diversas, es importante poder realizar esta comparación con Tasas de Mortalidad ajustadas. Las comunas con un mayor porcentaje de Adultos Mayores tienden a reducir su tasa de mortalidad, cuando los fallecimientos se producen en edades más tardías de la vida.

Considerando que las estadísticas de mortalidad no han sido liberadas desde el año 2017 en adelante, se decide mantener la información de indicadores de mortalidad de que se dispone.

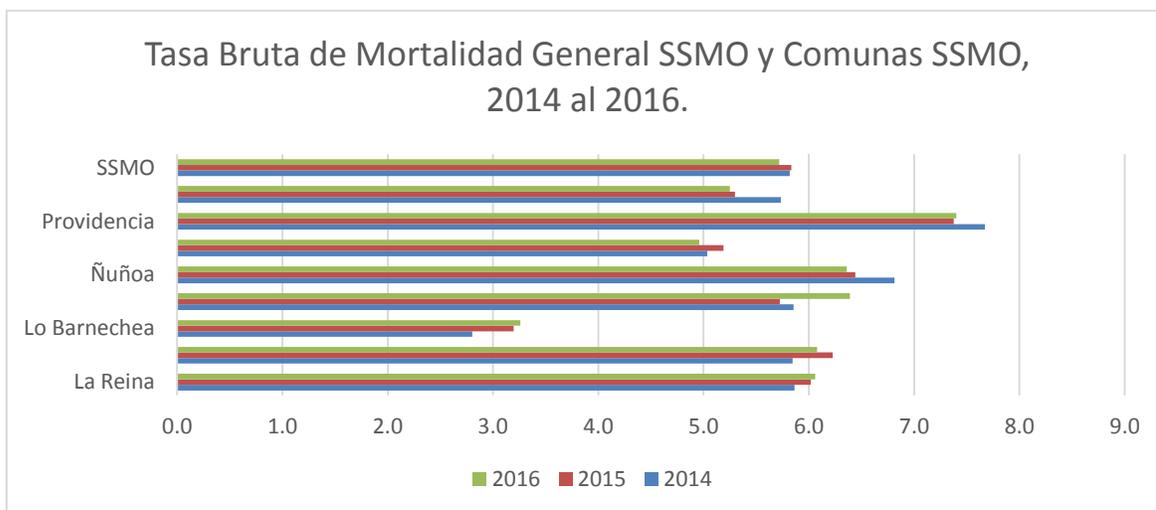


GRÁFICO N°14: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD GENERAL PARA EL SSMO Y COMUNAS DEL SSMO PERÍODO 2014-2016.

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.º 15.

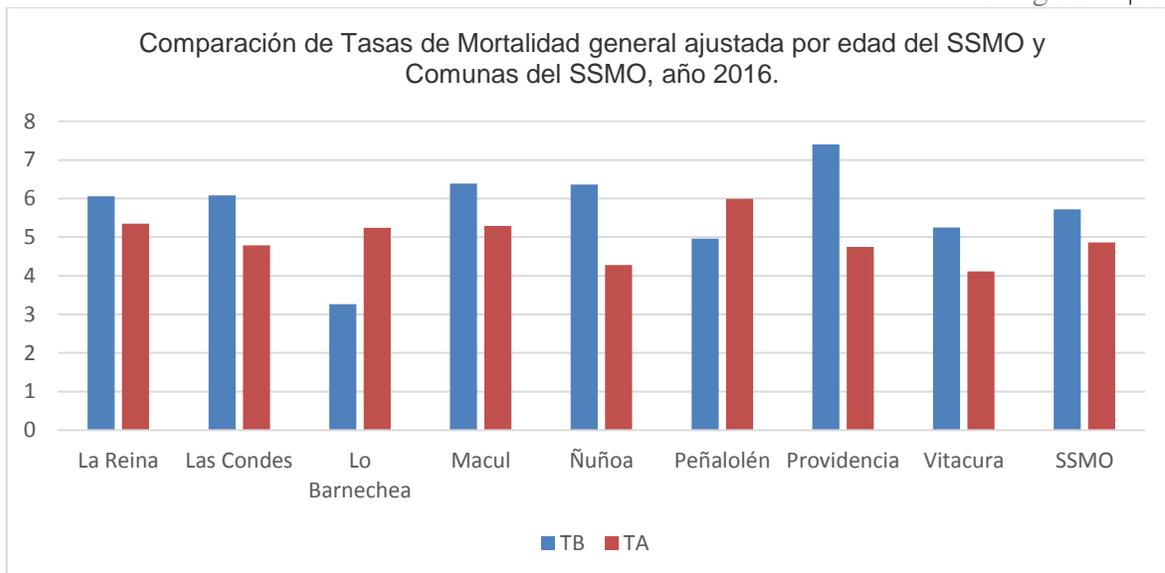


GRÁFICO N°15: COMPARACIÓN DE TASAS DE MORTALIDAD GENERAL AJUSTADA POR EDAD, PARA EL SSMO Y COMUNAS DEL SSMO PERÍODO 2014-2016.

En la siguiente tabla, se observa el índice de Swaroop para el país, Región metropolitana y las comunas del Servicio de Salud Metropolitana 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 las 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°12: 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°13 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°13: 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.

Región y Comuna	Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Post 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

TABLA N°14: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y SUS COMPONENTES, POR RESIDENCIAS DE LA MADRE, EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA, Y ÑUÑO A, 2016. (DEIS).

En relación con 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.

	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

TABLA N°15 TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, POR REGIÓN Y COMUNA DE RESIDENCIA, EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA, Y ÑUÑO A, 2016. (DEIS).

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.

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

TABLA N°16: 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).

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.

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

TABLA N° 17: 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).

En relación con 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.

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

TABLA N° 18: 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).

Al comparar las tasas de mortalidad específicas de los distintos grupos de etarios y las tasas brutas, de la tabla N.º 19, 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 N°19: 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 al nacer de la población, que es diferenciado según el territorio. Esto lo podemos observar en la Tabla N.º 20.

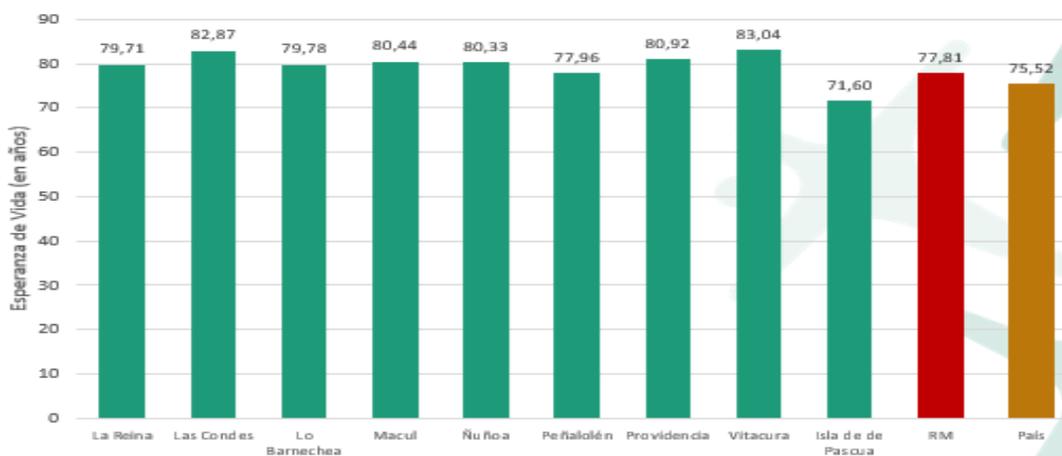
Área	Sexo	2005	2010	2012	2015	2020
Región	Ambos sexos	78,22	78,52	79,13	79,47	80,11
	Hombres	75,35	75,76	76,58	76,92	77,72
	Mujeres	81,24	81,43	81,79	82,13	82,61
País	Ambos sexos	77,51	77,99	78,65	79,05	79,73
	Hombres	74,65	75,23	76,13	76,52	77,38
	Mujeres	80,53	80,85	81,27	81,69	82,18

TABLA N°20: 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 grafico N°16.

Esperanza de Vida Comunas de la Red Oriente, Decenio 1997-2006



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

GRÁFICO N°16: 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.

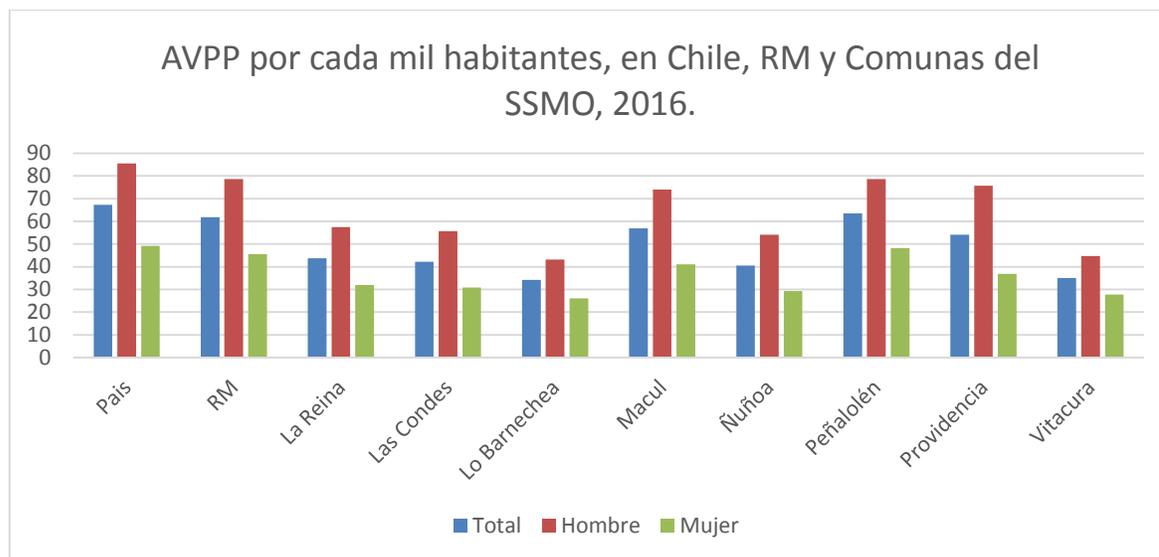


GRÁFICO N°17: AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR CADA MIL HABITANTES, EN CHILE, REGIÓN METROPOLITANA Y COMUNAS DEL SERVICIO METROPOLITANO ORIENTE, 2016.

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%.

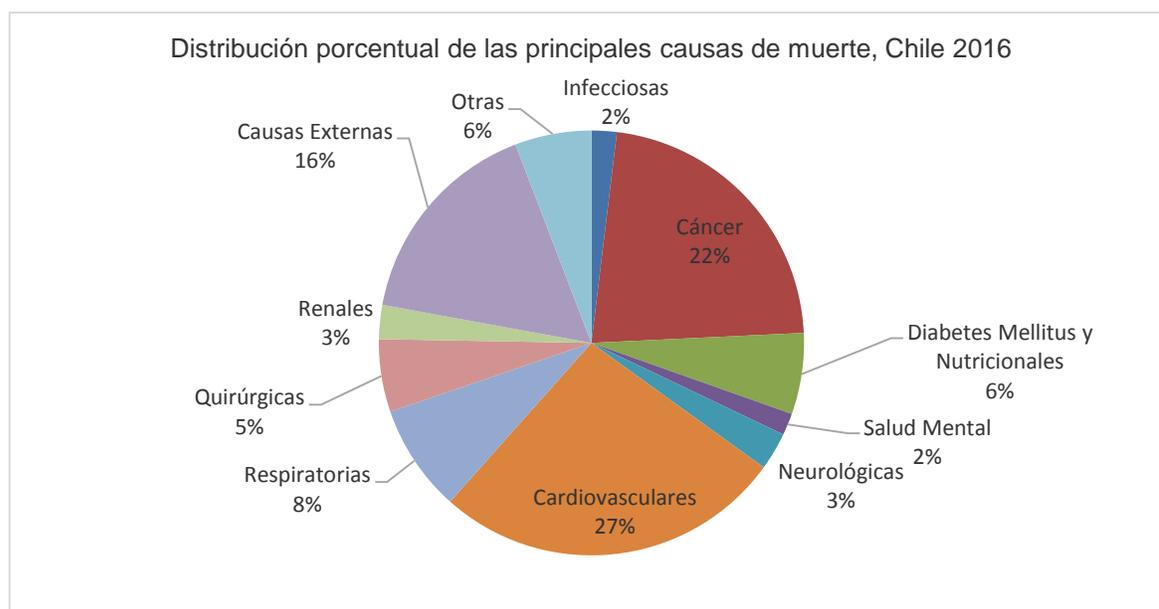


GRÁFICO N°18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN CHILE, AÑO 2016.

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 con 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%.

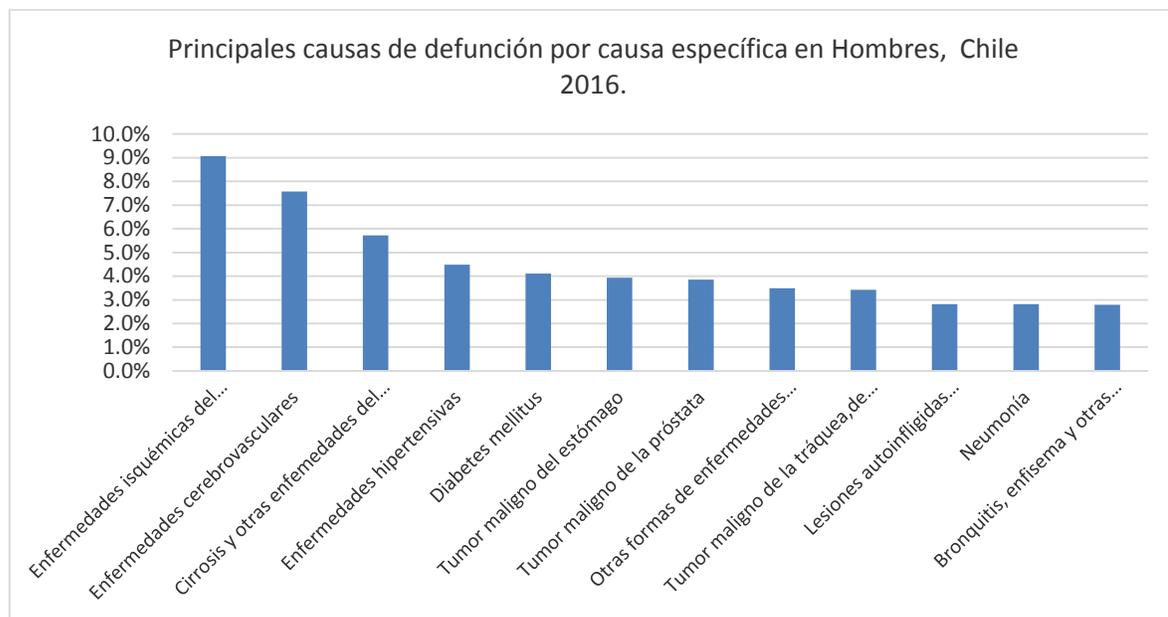


GRÁFICO N°19: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MUERTE EN HOMBRES EN CHILE, AÑO 2016.

En relación con 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.

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



GRÁFICO N°20: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE MUERTE EN MUJERES EN CHILE, AÑO 2016.

Durante este año, el COVID-19, es responsable del 32% de las causas de muerte específica en la población de Ñuñoa, cifra superior a las causas Cardiovasculares, incluso sin considerar los casos asociados a Sospecha de COVID, lo cual es de un 10% que sumados significan el 40% de las causas específicas de muerte.

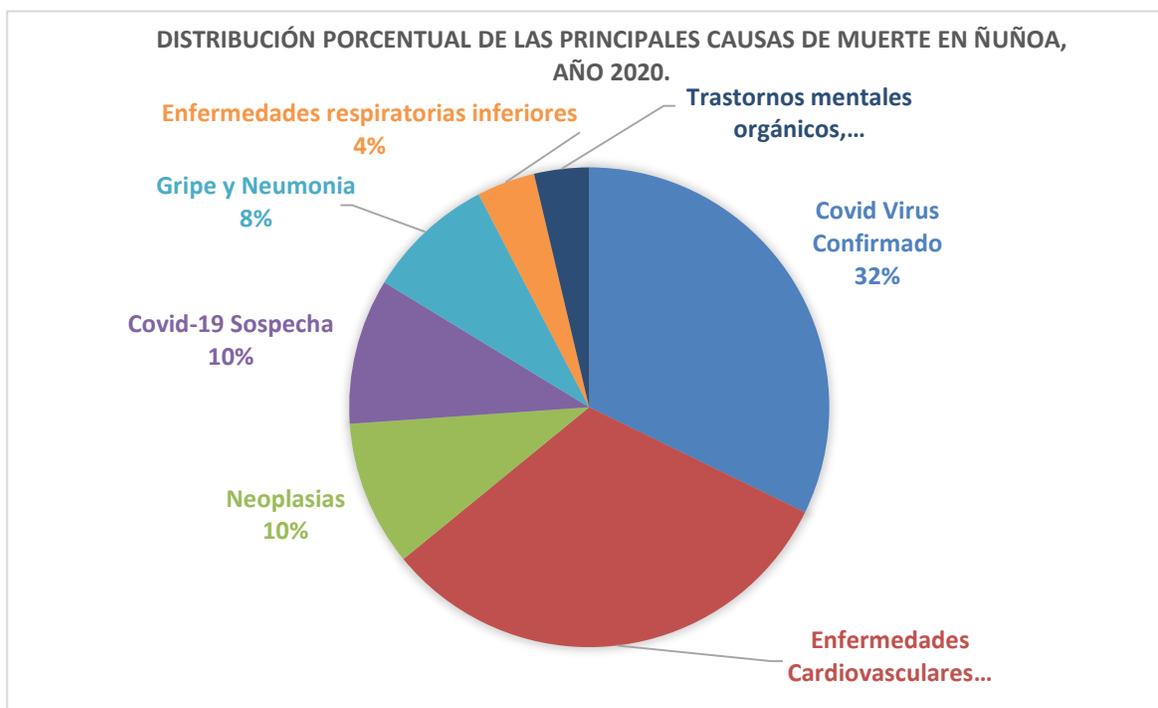


GRÁFICO N°21: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSA DE MUERTE EN ÑUÑOA, AÑO 2020. *. DEIS, INFORMACIÓN PRELIMINAR (AÑO EN PROCESO DE RECOLECCIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS).

C.3 INDICADORES DE MORBILIDAD.

Durante este año, producto de la pandemia y cuarentena que comenzamos en marzo, las prestaciones de salud se vieron seriamente mermadas, debiendo implementar una serie de estrategias en los distintos dispositivos de salud de la comuna, para en primer lugar evitar el contagio de nuestro equipo de salud, luego dar respuesta a los requerimientos de salud de los pacientes Covid-19 y también, llevar las atenciones a los adultos mayores de 75 años a sus domicilios. Es así como se generaron diversas iniciativas entre las que destacan:

- Planificación y reorientación de recursos ante la inminente crisis sanitaria (febrero 2020).
- Preparación de compras en febrero para medicamentos crónicos y EPP para 3 meses.
- Rediseño de la red de salud local.
- Información permanente a las autoridades locales, alcalde Sr. Andrés Zarhi, Concejo Municipal de la situación nacional y comunal a través de un reporte semanal de indicadores y estado de situación de la red.
- Implementación de estrategias de rescate en domicilio para Niños con síntomas respiratorios graves 24/7.
- Inauguración Botica Amapolas 31 de marzo 2020.



- Inauguración Botica Villa Olímpica 07 de abril 2020.



- Se obtiene autorización Sanitaria del Centro Asistencial de Ñuñoa, resolución sanitaria N°6234 del 15 abril 2020.
- Se posterga traslado del CESFAM Salvador Bustos al Centro Asistencial de Ñuñoa en pos de colaborar con camas e infraestructura transformando el centro en Hospital de Campaña, con pacientes de Complejidad Intermedia. Marcha blanca: 27 de abril del 2020 y que ya en julio contaba con 87 camas, ayudando a descongestionar la red.

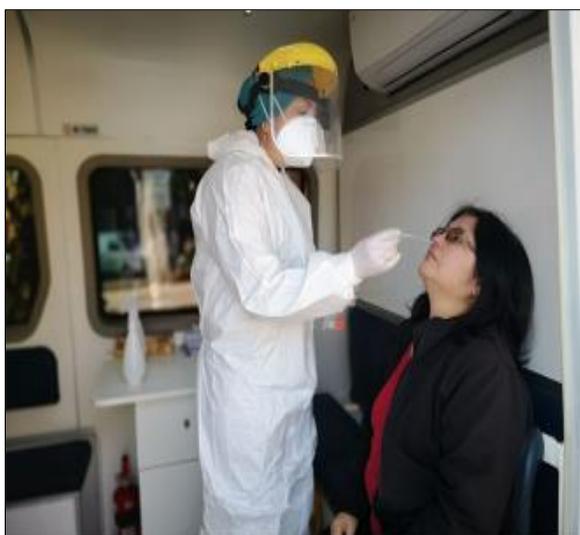




- Capacitación y supervisión permanente sobre el correcto uso de Elementos de Protección Personal (EPP).
- Sistema de rotación de turnos de equipos de salud cada 14 días, asegurando poder contar siempre con equipo tratante, aún en los peores escenarios de posibles contagios.
- Telemedicina Comunal, Fono –Ayuda.
- Controles de Salud Embarazadas, Recién Nacidos, Postrados, Crónicos Descompensados.
- Refuerzo en Turnos CUÑ – SAPU.
- Turno volante completo contratado para recambio en ausencia de funcionarios enfermos.
- Contratación de equipo médico COVID-19 de rescate 24/7 y habilitación de segunda ambulancia en SAPU Rosita Renard.
- Entrega de números de fono ayuda para solicitar asistencia en domicilio para adultos mayores y personas con dificultades para movilizarse, independientes de su sistema previsional.
- Estrecho trabajo de apoyo, capacitación, asistencia médica y traslados de pacientes de ELEM, que en la comuna ascienden a 67 centros acreditados más tres centros informales.
- Habilitación de teléfonos de asistencia pediátrica, de matrona, salud mental y trabajo social.
- Habilitación de tercera ambulancia para pacientes COVID-19 y 2 para traslados de Centro de Urgencia en mayo 2020.
- En Centro de Urgencia de Ñuñoa en el mes de junio se inicia adaptación de zona específica para pronóstico y hospitalización abreviada
- Se realiza educación continua a usuarios por medios digitales y redes sociales.
- COSAM continúa con ingresos de pacientes GES, con atención presencial o con video llamadas.
- En junio se recibe la visita de Ministro de Salud Dr. Enrique Paris al CESFAM Salvador Bustos, quien además de realizar recorrido por el Centro de Urgencia, conoce las nuevas instalaciones del Centro Asistencial de Ñuñoa.



- Se inicia implementación de hospitalización abreviada con pronóstico vigil.
- En julio se da inicio al testeo de Búsqueda Activa en funcionarios asintomáticos del Complejo que ingresan a siguiente turno.
- Se inicia Búsqueda Activa en funcionarios de ELEAM.
- Se realiza fiscalización de Superintendencia de Salud a las acciones COVID, con excelente evaluación en ambos Centros de Salud Familiar.
- En el mes de julio, también se reanudan las atenciones dentales de urgencia con sistema de mitigación de aerosoles de fabricación propia.
- A finales de mes de julio, la comuna termina la cuarentena.
- El 4 de agosto comienza Búsqueda Activa Comunal ubicado en Mini centro Plaza Ñuñoa, realizando operativos en Plazas, Ferias, Sedes vecinales, ELEAM, Estaciones de Metro, entre otros, además de la toma permanente en el Mini centro.



Unidad de Búsqueda Activa trabajando en las Plazas de la Comuna



- Durante este año, dada las condiciones de confinamiento, se debió implementar diversos controles de salud con modalidad de seguimiento telefónico realizados por los profesionales, tales como el control de pacientes crónicos cardiovasculares, de matrona regulación de fertilidad, gestantes y otros temas, controles nutricionales, controles de niño sano.
- A continuación, se observa el aumento progresivo desde abril a julio, con disminución de agosto en adelante, que coincide con el término de la cuarentena y comienzo de atenciones presenciales en los CESFAM de la comuna. Gráfico N°22.

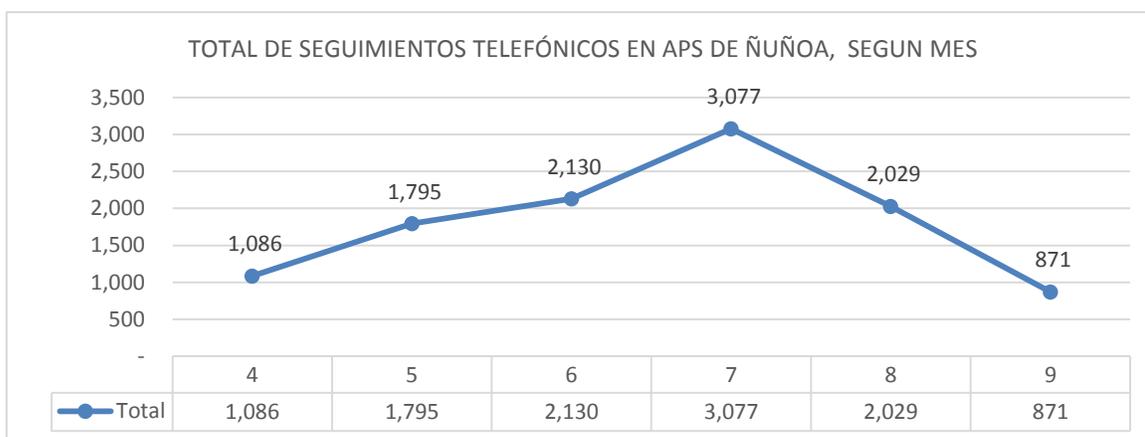


GRÁFICO N°22: TOTAL DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS REALIZADOS POR PROFESIONALES DE APS ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE 2020. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

- El 66% de las personas con seguimiento telefónico son de sexo femenino, lo que está directamente relacionado con el tipo de prestaciones entregadas. Gráfico N°23 Y Tabla N°21.

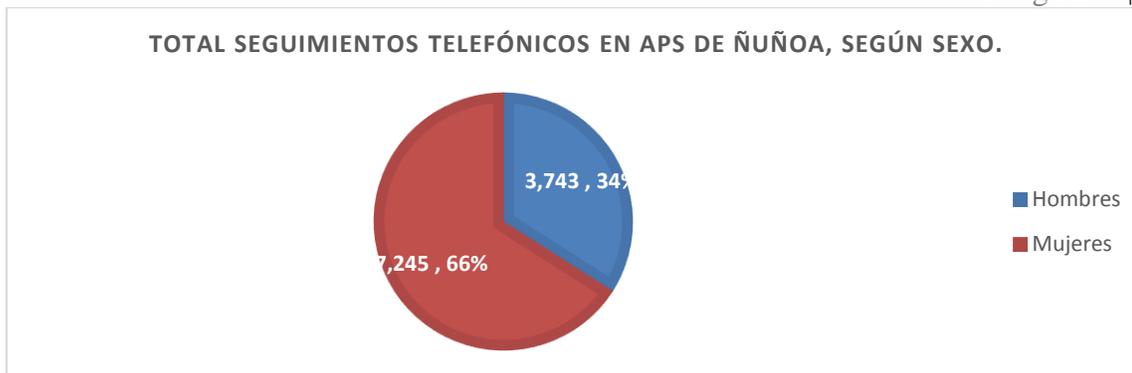


GRÁFICO N°23: TOTAL DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS REALIZADOS POR PROFESIONALES DE APS ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, SEGÚN SEXO. 2020 (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

PROFESIONAL	Total	RANGO EDAD					
		0-39	40-49	50-59	60-69 Años	70-79	80 y mas
MEDICO	1.494	567	118	141	157	209	302
ENFERMERA	743	341	7	22	25	74	274
MATRONA-GESTANTES	685	651	31	1	-	2	-
MATRONA-REGULACIÓN DE FERTILIDAD	90	76	14	-	-	-	-
MATRONA-OTROS	535	385	56	36	30	17	11
OTROS PROFESIONALES	7.441	2.636	625	841	877	826	1.636
Total general	10.988	4.656	851	1.041	1.089	1.128	2.223

TABLA N°21: TOTAL DE SEGUIMIENTOS TELEFÓNICOS REALIZADOS POR PROFESIONALES DE APS ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, SEGÚN SEXO. 2020 (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

- En relación con las consultas médicas telefónicas, estas también se implementan como medio de apoyo y comunicación directa de nuestros usuarios que debido al confinamiento vieron disminuido su acceso al sistema de salud. De abril a septiembre se realizan 9.109 consultas médicas telefónicas, con un promedio de 51 llamadas diarias de lunes a domingo. Se observa disminución importante en el mes de septiembre, producto del aumento de nuestras consultas presenciales, pero también coincide con el descenso de casos COVID de la comuna. Gráfico N°24.

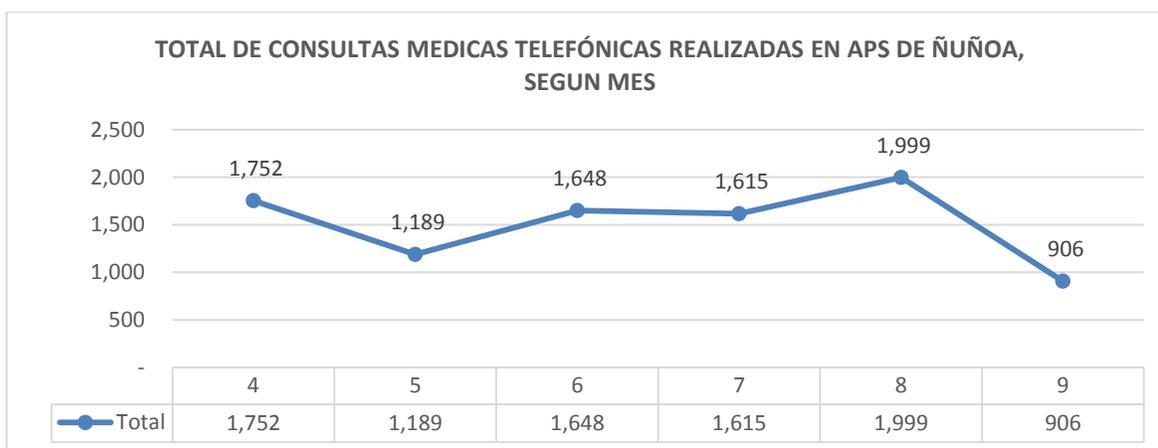


GRÁFICO N°24: TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS TELEFÓNICAS REALIZADAS EN APS DE ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

- Del total de las Consultas telefónicas, el 67% son realizadas por mujeres, el 77,6% son pacientes de 60 y más años y un 46% corresponden a pacientes de 80 y más años. Ver Gráfico N°25 y Tabla N° 22.

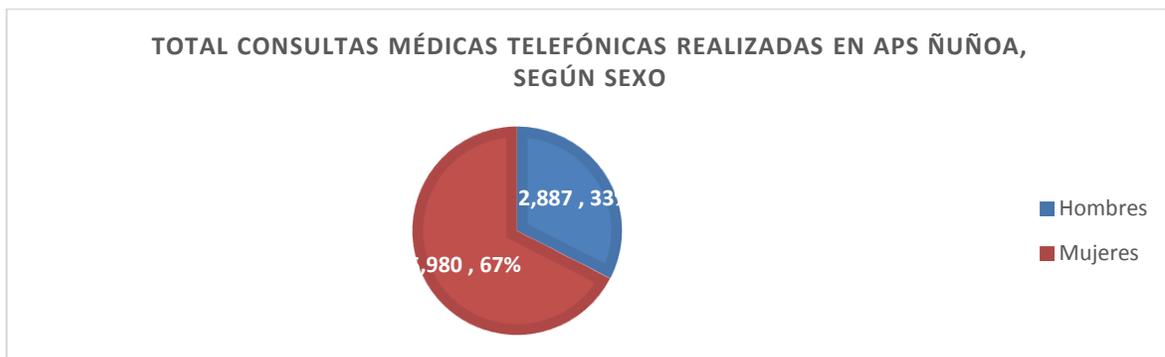


GRÁFICO N°25: TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS TELEFÓNICAS REALIZADAS EN APS DE ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020, SEGÚN SEXO. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

SECCION B: CONSULTAS MEDICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFONICA

PROFESIONAL	Total	RANGO EDAD					
		0-39	40-49	50-59	60-69 Años	70-79	80 y mas
MEDICO GENERAL	9.109	918	403	712	1.029	1.866	4.181
Total general	9.109	918	403	712	1.029	1.866	4.181

TABLA N°22: TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS TELEFÓNICAS REALIZADAS EN APS DE ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020, SEGÚN EDAD. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

- Desde comienzos de la cuarentena, se organiza tención por modalidad de video llamada con registro en ficha clínica electrónica, de modo de no interrumpir los controles habituales de los usuarios, modalidad que se ha mantenido hasta ahora, sumándose a los controles presenciales que se comienza a realizar de agosto en adelante. El 67% de las atenciones son realizadas a mujeres. Gráfico N°26. Y N°27.

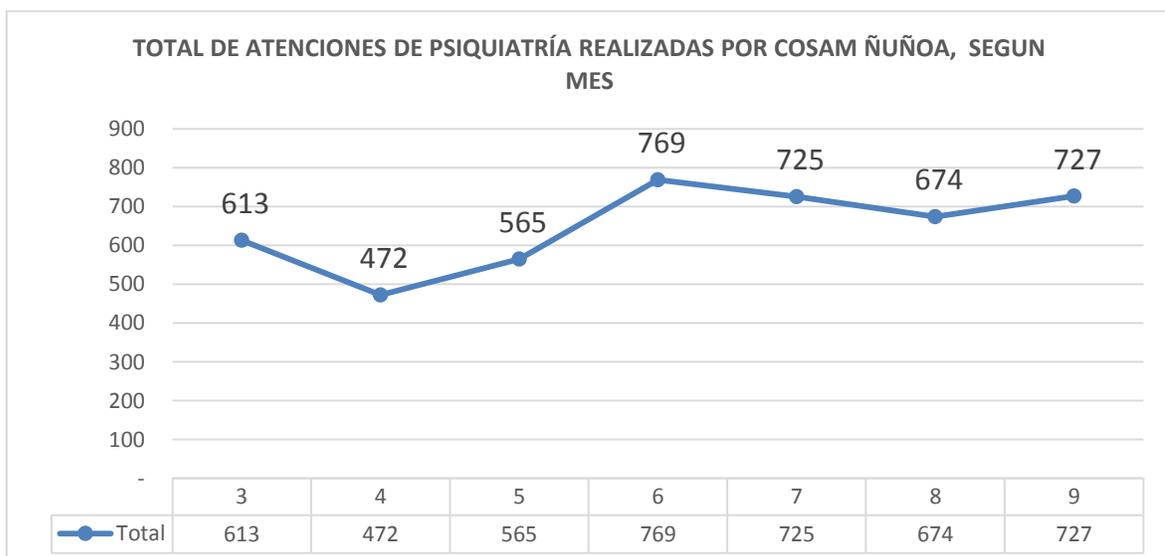


GRÁFICO N°26: TOTAL DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS REALIZADAS ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

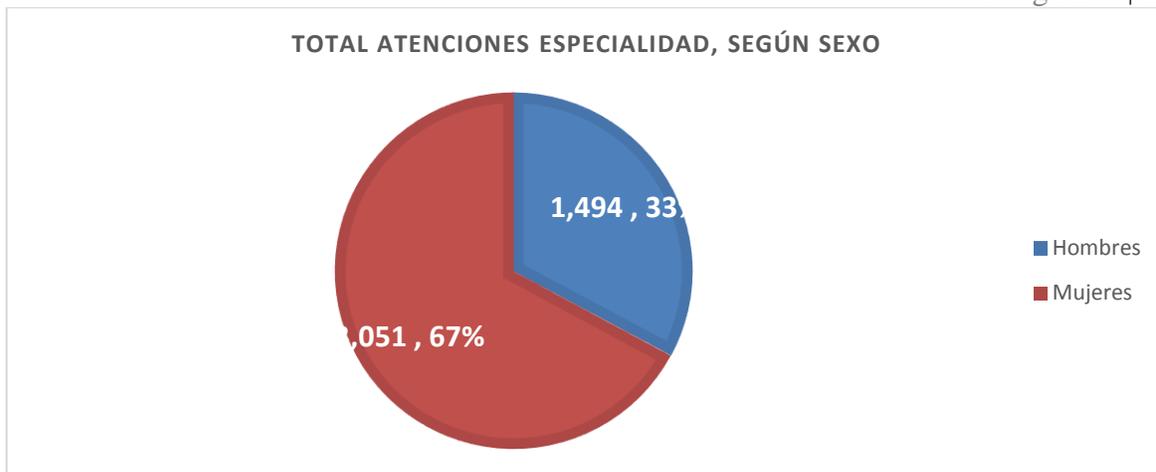


GRÁFICO N°27: TOTAL DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS REALIZADAS EN ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020, SEGÚN SEXO. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

- En relación con las atenciones de salud mental realizadas en CESFAM de la comuna, se inician en marzo 2020, con un aumento de más del 100% en el mes de abril, que probablemente coincide con los primeros días de confinamiento y aumento de la demanda de este tipo de prestaciones. En los meses siguientes se mantiene estable. Gráfico N°28.

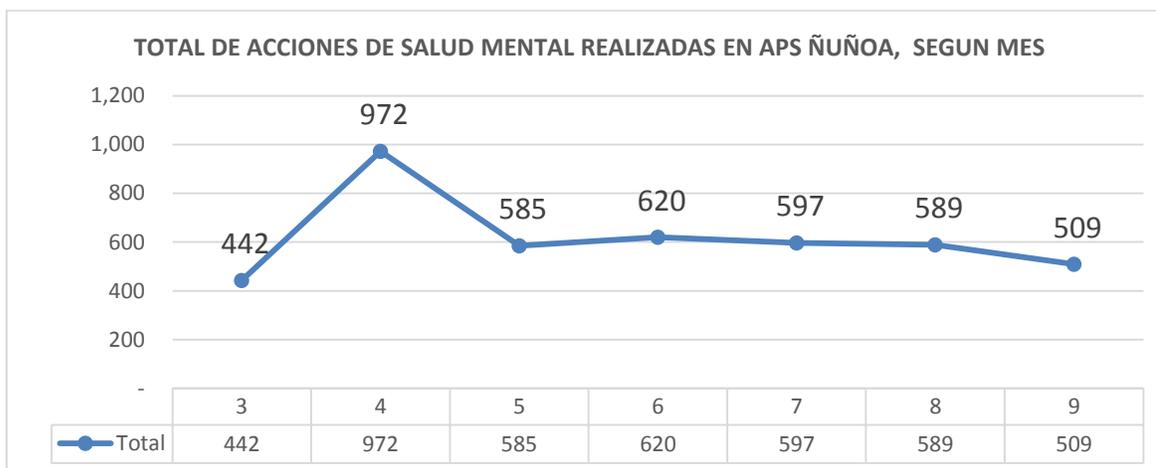


GRÁFICO N°28: TOTAL DE ACCIONES DE SALUD MENTAL REALIZADAS EN APS DE ÑUÑO A DE ABRIL A SEPTIEMBRE, 2020. (FUENTE: REM COVID MARZO A SEPTIEMBRE SSMO).

Entrega de Medicamentos y Alimentos del Programa de Alimentación Complementaria (PACAM) en domicilio a mayores de 75 años.

- Se inicia al comenzar la cuarentena en marzo, planificándose y gestionándose con recursos propios que implicó reconversión de funcionarios que por la cuarentena no podían entregar prestaciones de salud y contratación de móviles comunales adicionales. Al planificarse el retorno de las actividades habituales, se dispone de una Central de distribución Comunal que permitiese descongestionar las salas de espera de los CESFAM, dar continuidad a los tratamientos crónicos de los adultos mayores de 75 años y todos aquellos pacientes con dependencia severa, y no exponer a los grupos de riesgo al acudir a los CESFAM. Esto, además permitió que los equipos de las farmacias de cada CESFAM podrían volver a sus tareas habituales.
- Actualmente esta estrategia se realiza con aportes del programa FOFAR componente entrega de medicamentos a domicilio y con aportes comunales.
- A la fecha se le ha entregado medicamentos a domicilio a 22.281 personas con un promedio de 1,3 recetas por personas.
- Calidad del proceso: Medidas que nos respaldan seguridad, trazabilidad y eficacia de la entrega
 - ✓ Uso de EPP frente a riesgos de contagio de COVID 19. Tanto para personal en la central como para los choferes de los vehículos.
 - ✓ Línea productiva del proceso, que está encargada de una sola persona, desde la impresión de la receta, el envasado de los medicamentos (mediante fraccionamiento) hasta el armado de la “caja de paquetes” para cada chofer. De esta manera se puede detectar fácilmente algún efecto adverso en el proceso,
 - ✓ Contamos con un programa que nos permite mayor eficiencia en la repartición de las listas de los pacientes por día, mayor eficiencia en las rutas, poder identificar donde están los medicamentos de determinado usuario en el momento y además un registro fotográfico de la entrega frente a quien recibe, acompañado también de un mensaje. Cabe destacar también este programa nos entrega un reporte de la entrega.
 - ✓ Se obtiene un respaldo fotográfico de como obtenemos visión de la ruta y fotografía en el momento de la entrega.
- En relación con las atenciones de urgencia realizadas en la comuna, desde comienzo de la cuarentena cae bruscamente el número de consultas en el CUÑ y SAPU Rosita Renard, tal como se observa en el gráfico siguiente, iniciándose un lento aumento desde la semana epidemiológica 30 en adelante.



GRÁFICO N°29: TOTAL DE CONSULTAS EN SAPU ROSITA RENARD Y CUÑ SEGÚN SE, AÑO 2020. (FUENTE: REM).

- Durante las últimas semanas epidemiológicas se ha observado una disminución de los casos nuevos, observándose 36 casos nuevos la semana del 18 al 24 de octubre.



GRÁFICO N°30: PROGRESIÓN DE CASOS NUEVOS EN ÑUÑOA, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.

- La semana del 18 al 24 de octubre se encontraba 59 casos activos, con una tasa 23,6 por cien mil habitantes.

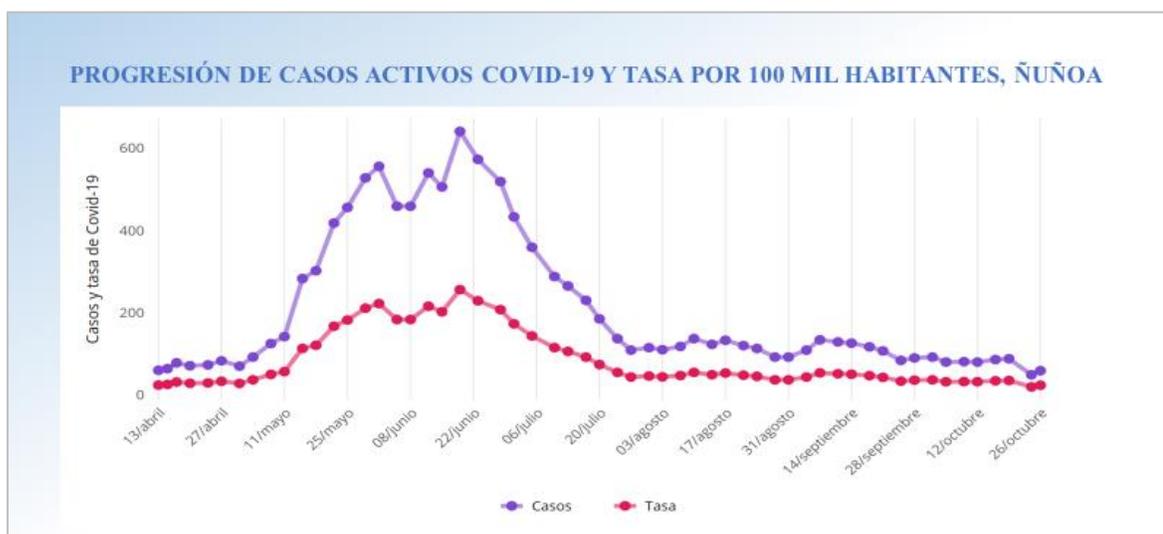


GRÁFICO N°31: PROGRESIÓN DE CASOS ACTIVOS Y TASA POR CIENTO MIL HABITANTES EN ÑUÑOA, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.

- La comuna dispone de examen PCR desde la SE. 13, aportados por el SSMO. Además, desde el mes de julio, cuando comienza la estrategia de búsqueda activa, hemos contado con el apoyo de móviles de SEREMI en reiteradas ocasiones. A continuación, se observa la progresión de exámenes PCR realizados en la comuna según SE, indistintamente del origen, confluyendo exámenes por sospechas de casos que se realizan en Centro de Urgencia de Ñuñoa y en SAPU Rosita Renard, así como aquellos de Búsqueda activa, que se realizan en población asintomática. Ver Gráficos N°32 y 33.



GRÁFICO N°32: NÚMERO DE PCR REALIZADOS EN ÑUÑO A, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.



GRÁFICO N°33: NÚMERO DE PCR REALIZADOS POR BÚSQUEDA ACTIVA EN ÑUÑO A, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.

- La Búsqueda activa se ha realizado en un 22% en el Mini centro de Plaza Ñuñoa, un 21% en Plazas y un 21% en Ferias libres, además de un 13 % de Sedes Comunitarias. Gráfico N°34.

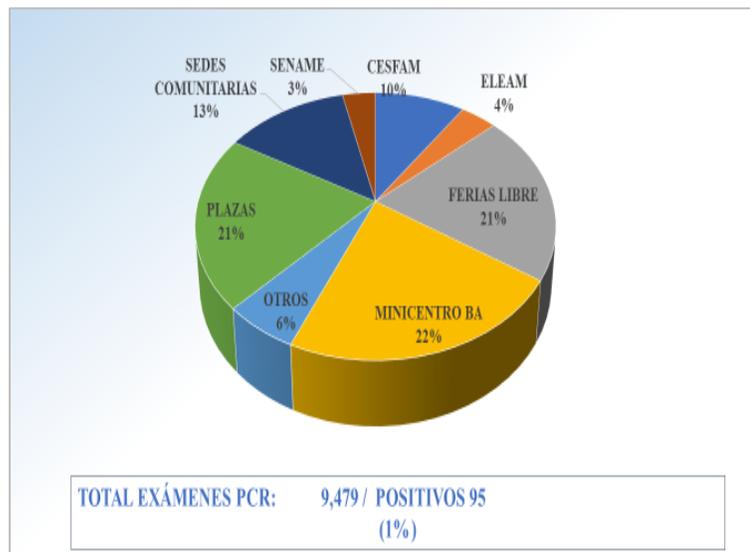


GRÁFICO N°34: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PCR REALIZADOS POR BÚSQUEDA ACTIVA EN ÑUÑOA.

- Los casos que estaban en seguimiento por los equipos de epidemiología de ambos CESFAM, durante la SE. 34, se observan en el siguiente plano de Ñuñoa, en que se observa que los casos se concentran en el eje de Av. Irarrázaval, que es donde hemos estado focalizando la BA

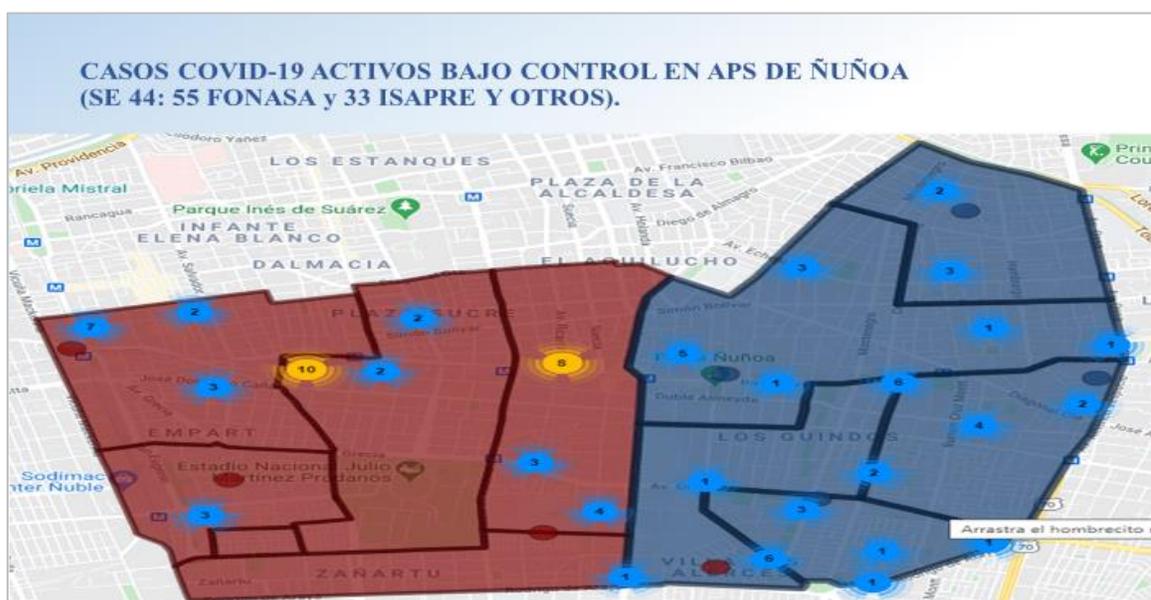


GRÁFICO N°35: DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS ACTIVOS EN SEGUIMIENTO POR EQUIPO DE SALUD DE ÑUÑOA, SE 44.

- A continuación, se observa el Mapa de calor del día 2 de noviembre, que evidencia la densidad del total de casos activos en el eje de Av. Irarrázaval, lo cual es un insumo para la programación de las actividades de BA de cada semana.

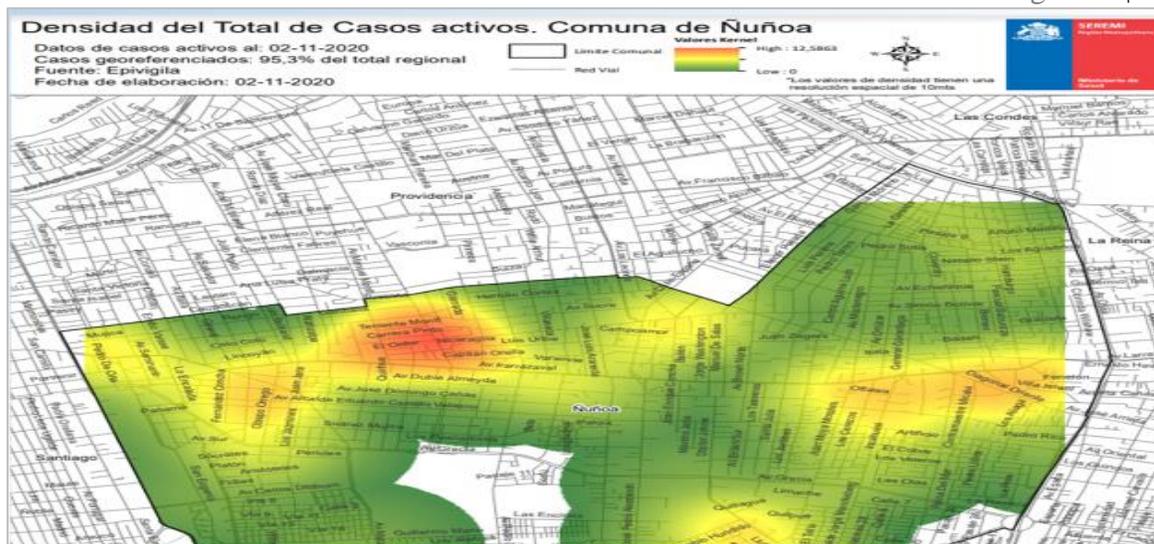


GRÁFICO N°36: DENSIDAD DEL TOTAL DE CASOS ACTIVOS DE ÑUÑOA, AL 2 DE NOVIEMBRE 2020.

- Finalmente, un tema del cual nos hemos preocupado desde el inicio de esta pandemia, que es la salud de nuestros funcionarios, con capacitaciones permanentes, supervisiones y revisión del tipo y número de EPP necesario para cada una de las actividades realizadas. Al 2 de noviembre, no tenemos ningún funcionario con COVID confirmado y se encuentran sólo 2 con sospecha. Permanece 18 personas en sus hogares, ya que, por problemas de salud, no es recomendable que vuelvan al CESFAM.

CESFAM	ROSITA RENARD	SALVADOR BUSTOS
CASOS CONFIRMADOS	0	0
CASOS CON SOSPECHA	1	1
PROBLEMAS DE SALUD DEL FUNCIONARIO	6	12

TABLA N°23: TOTAL DE CASOS COVID CONFIRMADO O CON SOSPECHA EN APS ÑUÑOA, AL 2 DE NOVIEMBRE 2020.

- En relación con los ELEAM, al 2 de noviembre se tiene un acumulado de 275 casos de COVID positivo en los funcionarios (27%) y de 526 en los Residentes (42,8%). Acumulan un total 151 defunciones por COVID.

	TOTAL	COVID (+)	%
FUNCIONARIOS	1020	275	27,0%
RESIDENTES	1.229	526	42,8%

TABLA N°24: TOTAL DE CASOS COVID CONFIRMADO EN FUNCIONARIOS Y RESIDENTES DE ELEAM DE ÑUÑOA, AL 2 DE NOVIEMBRE 2020.

C.3.1 INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA:

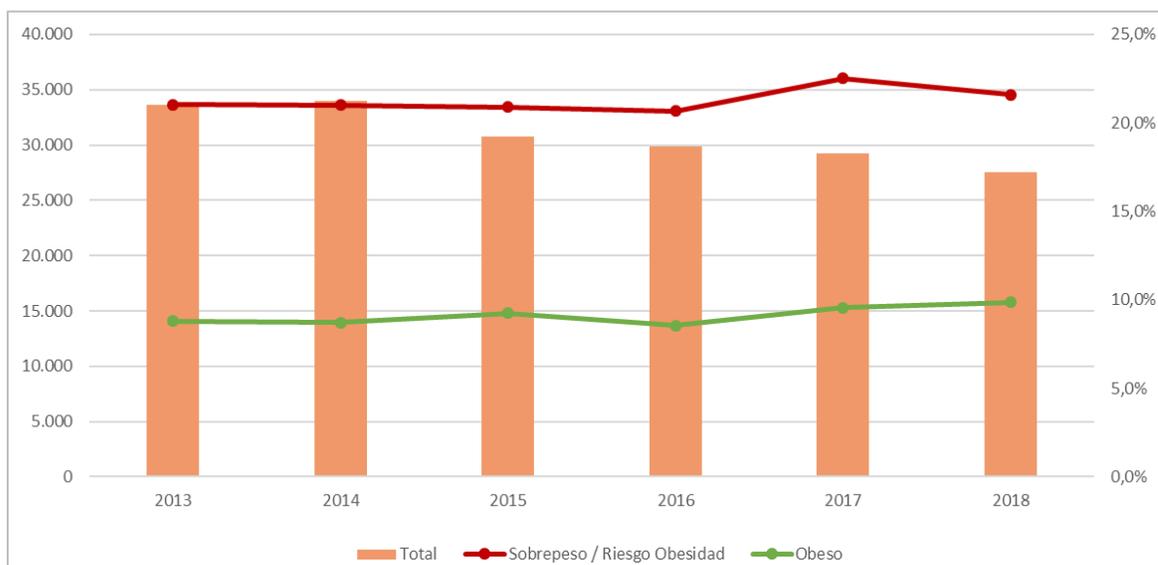


GRÁFICO N°37: POBLACIÓN INFANTIL BAJO CONTROL EN ATENCIÓN PRIMARIA, PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SOBREPESO RED ORIENTE PERÍODO 2013-2018.

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, las cifras son de 18,56% de Sobrepeso y 7,88% de Obesidad, ambos más bajos que el promedio de la Red.

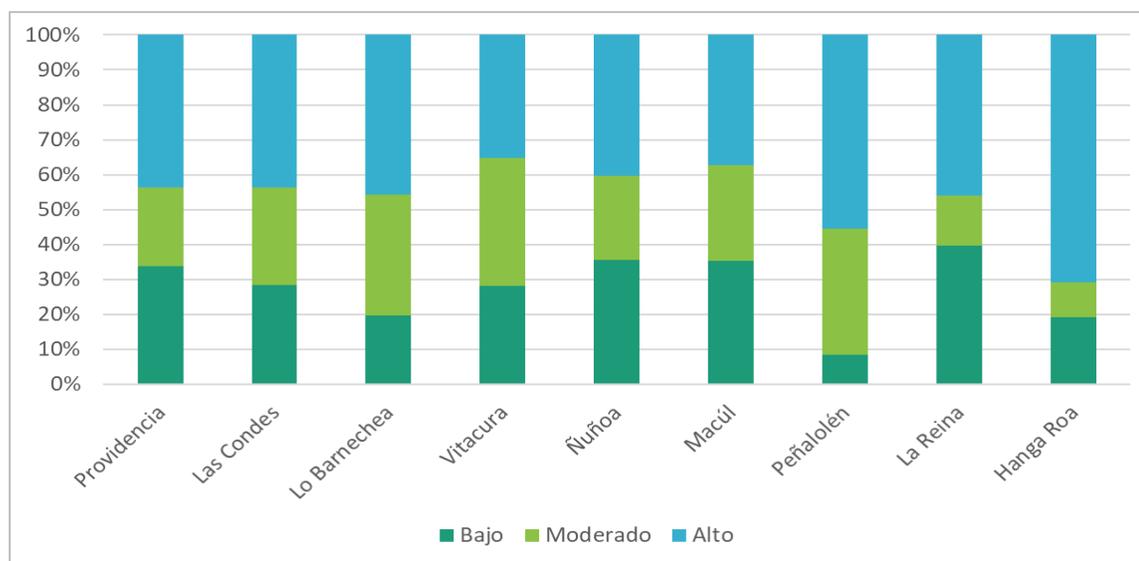


GRÁFICO N°38 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN BAJO CONTROL, COMUNAS DE LA RED ORIENTE, DICIEMBRE 2018.

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 con las coberturas de hipertensión arterial y porcentaje de compensación de los casos, en las comunas del SSMO, 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°25: 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°26: 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%.

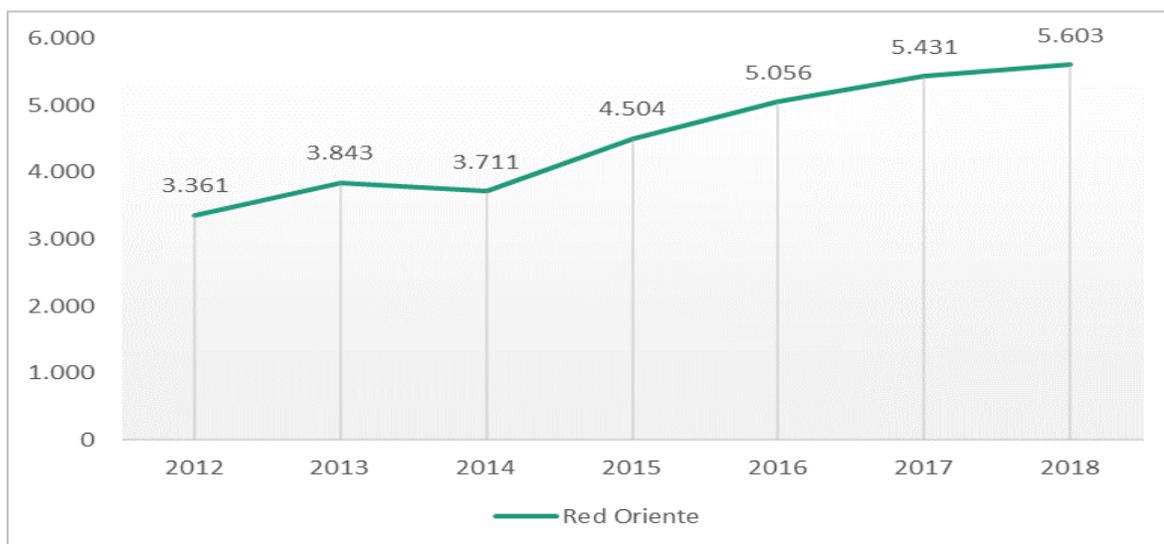


GRÁFICO N°39: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE PERSONAS BAJO CONTROL CON DIAGNÓSTICO DE EPOC, EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED ORIENTE, PERÍODO 2012-2018.

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°27: 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 el CESFAM Salvador Bustos tenemos 467 pacientes bajo control en Programa y en Rosita Renard 304 pacientes bajo control.

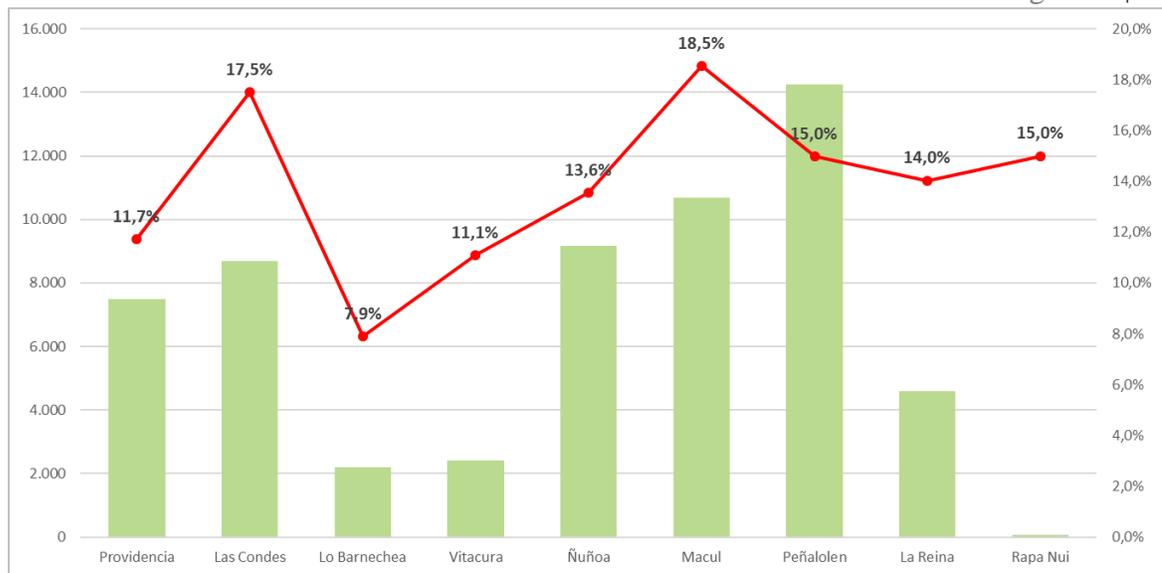


GRÁFICO N°40: POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS BAJO CONTROL EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE Y PORCENTAJE DE DEPENDENCIA DICIEMBRE DE 2018.

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

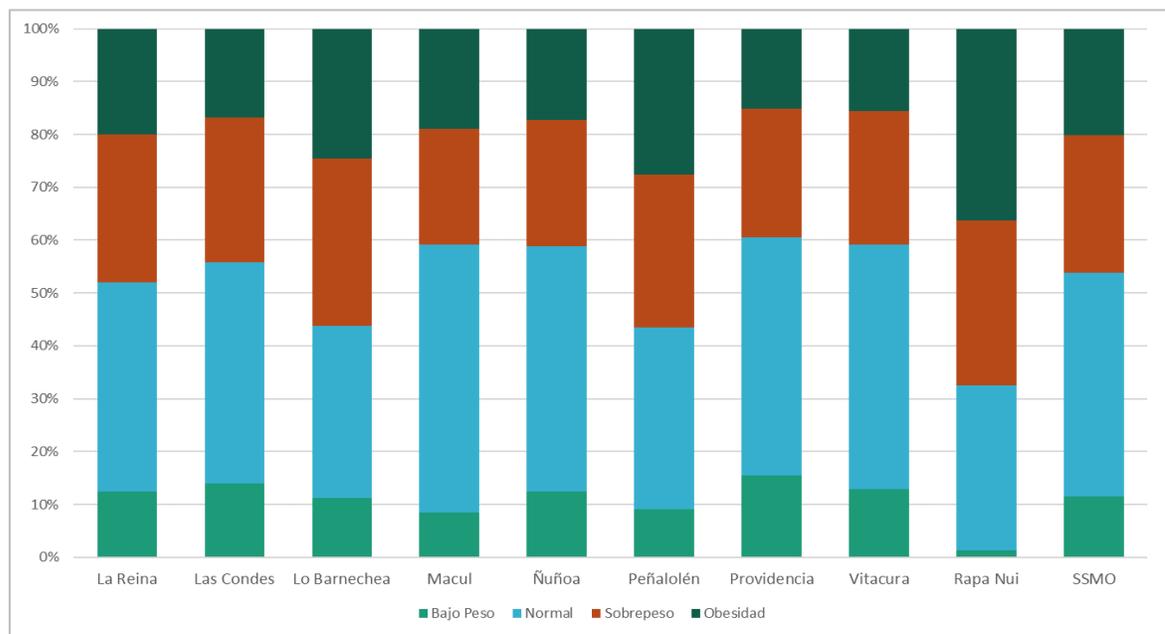


GRÁFICO N°41: POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS BAJO CONTROL SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL EN LAS COMUNAS DE LA RED ORIENTE A DICIEMBRE DE 2018.

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.

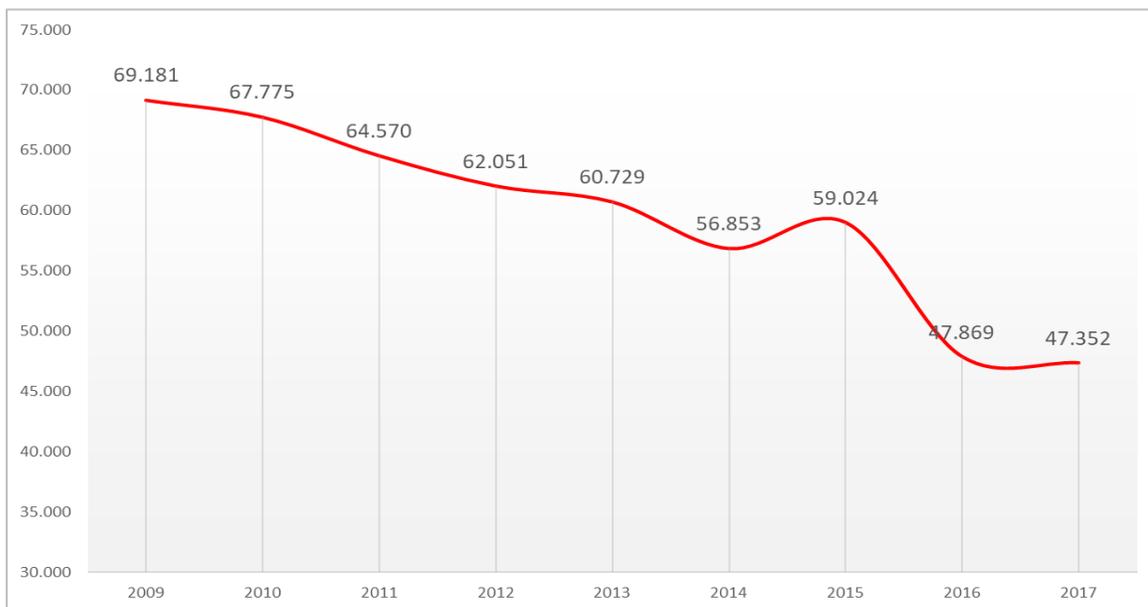


GRÁFICO N°42: EVOLUCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS, RED ORIENTE, PERÍODO 2009-2017.

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

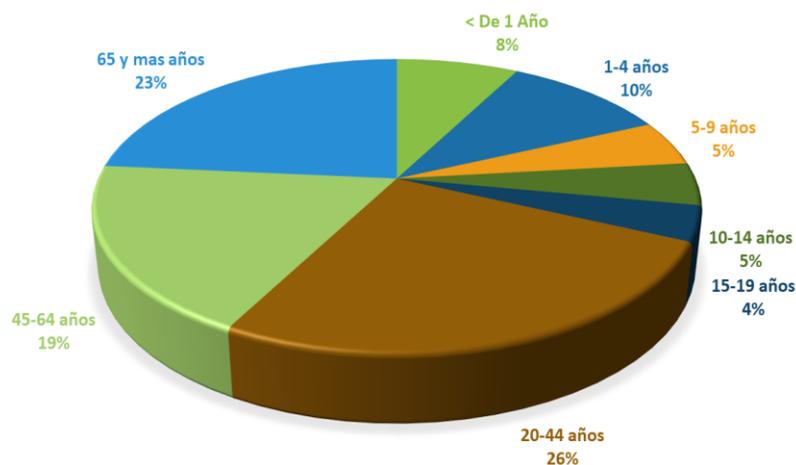


GRÁFICO N°43: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, POR GRUPOS DE EDAD, EGRESOS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE 2017

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.

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%	

TABLA N°28: PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALES DEL SSMO, AÑO 2017.
Fuente: Elaborado en base a Informe de Egresos DEGI-DSSMO.

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%.

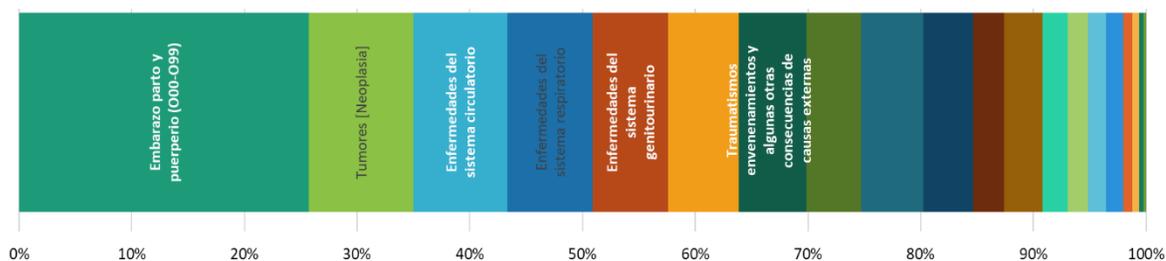


GRÁFICO N°44: DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN MUJERES, POR GRUPO DE GRANDES CAUSAS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE AÑO 2017.

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%.

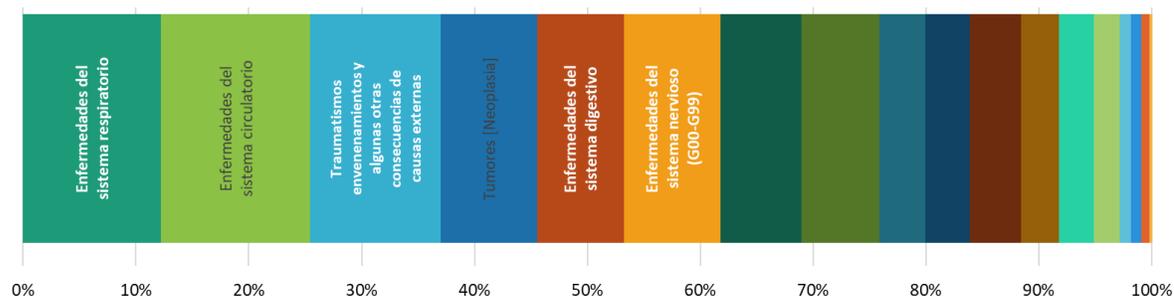


GRÁFICO N°45: DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN HOMBRES POR GRUPO DE GRANDES CAUSAS, ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS RED ORIENTE AÑO 2017

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°29: 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°30: 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 de Atenciones por Instrumento y Grupo Etario CESFAM SALVADOR BUSTOS							
INSTRUMENTO	GRUPO ETARIO						Total general
	0 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 44 años	45 - 64 años	65 y más años	
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°31: 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						Total general
	0 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más	
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 Medico			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°32: NÚMERO DE ATENCIONES POR PROFESIONAL Y POR GRUPO ETARIO EN CESFAM ROSITA RENARD 2018-2019

D. DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS DE LA COMUNA.

D.1 INFORME DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO CESFAM ROSITA RENARD 2019 – 2021.

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 Renard, 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 con 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 médica telefónica.
- 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 con el 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 2019-2021.**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	Angélica 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 Cefam Salvador Bustos
15	Daniela Faúndez	A.Social Cefam Salvador Bustos
16	Carolina Bulboa	Encargada de promoción comunal
17	Isabelle Fritis	A.Social Cefam 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) Cefam Salvador Bustos
31	Yasna Tapia	Encargada de Calidad, Cefam Salvador Bustos
32	Cristian Carvacho	Director del complejo de salud Cefam 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 estadísticas 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 diagnóstico 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, Socioeconómico 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 Cecof 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 realizado

Problemas de salud detectados	Acciones que se han realizado para enfrentar problemática
1.- Contaminación ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Departamento de Medio ambiente
2.- Consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Línea telefónica exclusivamente para personas mayores de 75 años • Facilita de acceso para usuarios con limitación física
4.- Problemas del adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

VII. CARTERA DE PRESTACIONES CESFAM DE ÑUÑO A.

PRESTACIONES	FUNCIONARIO										
	MEDICO	ENFERMERA	MATRON(A)	NUTRICIONIST A	PSICOLOGO	KINESIÓLOG O	ASISTENT E SOCIAL	ODONTOLOG O	ORIENTADOR FAMILIAR	TECNICO PARAMEDICO / TENS	PODÓLOG A
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	
Óxigenoterapia 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	
Inserción y remoción de Implante anticonceptivo			x								
Inserción 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	MEDICO	ENFERMERA	MATRON(A)	NUTRICIONISTA	PSICOLOGO	KINESÓLOGO	ASISTENTE SOCIAL	ODONTOLOGO	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 muscoesquelética						X					
Examen de salud oral								X			
Educación en higiene oral								X			
Obturaciones (resinas, ionómeros, amalgamas)								X			
Exodoncia								X			
Endodoncias								X			
Trepanaciones								X			
Destartraje supragingival y pulido coronario								X			
Destartraje subgingival y pulido radiolar								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	
Notificación positivo CUŃ/BAC	X	X									
Investigación FONASA E ISAPRE	X										
Validación BAC del día	X										
Licencia Médica COVID-19	X										
Validación de casos probables	X										
Investigación contacto estrecho derivados de EPIVIGIA	X										
Seguimiento de positivos probables	X	X									
Seguimiento de contacto estrechos		X									
Primera llamada		X									
Notificación de negativos		X									
Visita domiciliaria octavo día	X										
Visita rescate		X									

VIII. CARTERA DE PRESTACIONES COSAM ÑUÑO A.

PRESTACIONES	FUJICIONARIO					
	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
Vista Domiciliaria	X	X	X	X	X	
Consultoría de Salud Mental Adultos	X	X	X	X	X	
Consultoría de Salud Mental Infante adolescentes	X	X	X			
Reuniones intra e intersectoriales	X	X	X	X	X	
Consejerías Individuales, Familiares y de Promoción.	X	X	X	X	X	
Control Telemedicina	X	X	X	X	X	
Ingreso Telemedicina	X	X	X	X		

IX. CARTERA DE PRESTACIONES LABORATORIO COMUNAL.

CARTERA DE SERVICIOS (EXAMENES).

EXAMENES LABORATORIO COMUNAL ÑUÑO A	
ACIDO URICO	LEUCOCITOS FECALES
ALBUMINA	MICROALBUMINURIA
ANTIGENO PROSTATICO TOTAL	ORINA COMPLETA
BUN	PARASITOLOGICO
CALCIO	PERFIL BIOQUIMICO
CK TOTAL	PERFIL HEPATICO
COLESTEROL TOTAL	PERFIL LIPIDICO
COPROCULTIVO	PREGNOSTICON(ORINA)
CREATININA	PROTEINAS C REACTIVA
ELECTROLITOS PLASMATICOS	PROTEINAS TOTALES
FACTOR REUMATOIDEO	SECRECIONES
FOSFORO	SEDIMENTO ORINA
GLICEMIA	T. T.P.A (TTPK)
GLUCOSA POST CARGA	T.COOMBS
GOT	TSH
GPT	T4 LIBRE
GRUPO RH	TEST DE GRAHAM
HEMATOCRITO	TRIGLICERIDOS
HEMOGLOBINA TOTAL	UREMIA
HEMOGLOBINA. GLICOSILADA	UROCULTIVO
HEMOGRAMA VHS	VHS
GRUPO RH	VITAMINA D
HEMORRAGIA. OCULTAS	SECRECIONES
HIV	

X. 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 que hacer.
 - Atención de Urgencia: continuidad, oportunidad, integralidad Por su alta frecuencia en el uso del servicio y alto impacto sanitario.

XI. LABORATORIO COMUNAL ÑUÑO A.

Acreditación: Nuestro laboratorio se convirtió en el primer laboratorio clínico comunal acreditado, por la Superintendencia de Salud, con un de cumplimiento del 100%. Cabe señalar que, en Chile solo existen 45 laboratorios clínicos acreditados bajo el mismo estándar de calidad.

Nuevo y mejor sistema informático de laboratorio: antes de que finalice el 2020 lograremos implementar totalmente nuestro nuevo sistema informático de laboratorio clínico, el cual estará 100% integrado con la información clínica de nuestros pacientes, esto permitirá a los médicos de los CESFAM revisar rápidamente los resultados de laboratorio, favoreciendo las condiciones para decisiones clínicas que cada paciente requiere.

Compromiso de los funcionarios: durante todo el periodo de pandemia por COVID-19 nuestro laboratorio clínico a continuado funcionando. En los meses más críticos tuvimos que rediseñar nuestra operación para continuar atendiendo (especialmente a los casos más urgentes) y prevenir contagios entre los funcionarios al mismo tiempo. Felizmente, podemos decir que nuestra responsabilidad y profesionalismo han permitido CERO contagios entre los trabajadores del laboratorio clínico, lo que ha favorecido la continuidad de la atención.

Nueva dependencia: el día 13 de octubre nuestro laboratorio clínico concretó el anhelado sueño de traslado hacia las nuevas y mejores dependencias en el Centro Asistencial Ñuñoa, donde podremos ofrecer a nuestros pacientes más y mejores condiciones para satisfacer sus necesidades.



DESAFIOS 2021

Aumentar la cartera de prestaciones: que ofrecemos, especialmente en las áreas de detección de hormonas y algunas vitaminas de interés clínico.

Mantener y mejorar el estándar de calidad obtenido: nos proyectamos como un laboratorio clínico moderno, automatizado y líder en la oferta de exámenes seguros a nuestros usuarios. Por lo que nos comprometemos no solo a mantener el estándar de calidad obtenido, sino que a mejorar continuamente nuestro esfuerzo para satisfacer las exigencias de los vecinos de Ñuñoa.

En general los vecinos de Ñuñoa perciben el laboratorio comunal como un laboratorio clínico amable, grato y acogedor. Reconocimiento que es posible visualizar en nuestro libro de felicitaciones ubicado en nuestra toma de muestra de Manuel de Salas, donde nuestros vecinos han plasmado sus agradecimientos al mismo tiempo que nos premian con su preferencia.



XII. BOTICAS COMUNALES DE ÑUÑO A.

- La misión de las Boticas es facilitar el acceso de los vecinos de Ñuñoa, a los medicamentos, a través de precios más convenientes, sobre todo para aquellos fármacos asociados a tratamientos crónicos, que significan un gasto permanente y que el no disponer de ellos pone en riesgo la continuidad de tratamiento y por ende la salud de las personas.
- Se cuenta con un listado de medicamentos disponibles en las Boticas, publicado en página web indicando a la vez qué medicamentos son de venta directa y cuales requieren recetas.
- Los medicamentos pueden ser adquiridos por cualquier vecino acreditado de Ñuñoa, y la modalidad de pago es en efectivo, electrónico o transferencia electrónica.
- Durante el año 2020, pese a la situación de grave crisis que atravesaba nuestro país, se inauguran la Botica Amapolas y Botica Villa Olímpica.
- Las tres Boticas (Plaza Ñuñoa, Amapolas y Villa Olímpica), mantuvieron la continuidad de la atención durante los periodos de cuarentena y las diferentes fases del plan Paso a Paso que ha atravesado la comuna.
- Lo que ha ocurrido con las implementaciones de las nuevas Boticas es que la demanda y las ventas que se generaban en la Botica de la Plaza Ñuñoa se ha repartido en las tres Boticas, lo que ha permitido generar una mejor calidad de la atención entregada a los vecinos, específicamente, al disminuir tiempos de espera), y poder cubrir de mejor forma sus requerimientos.
- A continuación, se entrega el número de Recetas despachadas durante este año por las Boticas de Ñuñoa.

Recetas despachadas en Boticas Ñuñoa de enero a octubre 2020.

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre
Ñuñoa	5.978	5.173	5.038	3.345	3.316	2.723	4.197	3.132	3.401	3.596
Amapolas				278	413	553	918	929	988	1.033
Villa Olímpica				261	429	495	691	788	1.009	1.001
TOTAL	5.978	5.173	5.038	3.884	4.158	3.771	5.806	4.849	5.398	5.630

- Durante la Pandemia se concretó una cooperación estratégica con DIDECO que permitió la entrega de medicamentos a domicilio, con dos modalidades de venta: por internet o compra intermediada por DIDECO. Desde julio a la fecha se ha gestionado la entrega a 614 personas a domicilio.

PLAN 2021**• AUMENTAR ACCESIBILIDAD**

- ✓ El principal desafío de las Boticas de Ñuñoa es aumentar el acceso a las Boticas de Ñuñoa por parte de los Ñuñoínos.

• ACERCAR LAS BOTICAS A LA COMUNIDAD

- ✓ Generar espacios de comunicación con la comunidad sobre temas diversos según estacionalidad-contingencia, en el uso y abuso de medicamentos, revisión de tratamientos de ciertas patologías, entre otros a definir.

- ✓ Fortalecer la interacción del químico farmacéutico con los vecinos a través de algunas actividades como: seguimiento farmacoterapéutico, educación en la toma de medicamentos, etc.

• INCORPORAR NUEVOS PRODUCTOS EN LAS BOTICAS

- ✓ Detectar necesidades de los vecinos con tratamientos farmacológicos prolongados, de tal forma de poder incorporar esos medicamentos a las Boticas.
- ✓ Incorporar en las Boticas otros elementos que puedan cubrir necesidades de los vecinos y generen un alto costo para ello su adquisición, tales como pañales, suplementos alimenticios, etc.
- ✓ Incorporar algunos medicamentos de uso veterinario.

XIII. 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 CESFAM 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).

XIV. PROGRAMACIÓN 2021 CESFAM SALVADOR BUSTOS Y CENTRO DE URGENCIA ÑUÑO A

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R	
CICLO VITAL: INFANCIA	1. MALNUTRICION 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 50 % o más de LME a los 6 meses	Incentivar LME hasta los 6 meses: Capacitación: - equipo profesional en fomento y promoción de LME (Vía Remota) -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 vía remota o presencial Promover EVS en Alimentación Saludable: Control Nutricional 5 meses según calendario controles sanos Educación remota en alimentación saludable a los 3 años y 6 meses Programa Vida Sana Aplicación de pauta de factores de riesgo de malnutrición por exceso en niños eutróficos. Monitoreo 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 púerperas 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 con control nutricional Nº de niños 5 m bajo control Cobertura educación remota niños 3 años 6 meses 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 Usuaris embarazadas informadas del beneficio de la LME Niños menores de 6 años inscritos con diagnóstico nutricional normal Niños de 5 meses y con control nutricional vigente Niños de 3 años 6 meses con Educación remota sobre Alimentación Saludable Niños de 4 y 12 m con pauta de factores de riesgo por malnutrición, aplicada Tendencia trimestral al alza de LME como complejo.		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
		Mantener 50 % o más de población inscrita de menores de 6 años con diagnóstico nutricional normal							

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA 2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	Dar atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio, reforzando activamente la adherencia a éste	Atención por equipo de salud en forma integral, al 100% de los niños del programa crónico respiratorio	Actualización en ERC a médicos nuevos/ingresados a Complejo Flujograma y Normativa interna (2 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, en control ingreso médico Seguimiento Remoto Crónico Respiratorio descompensado, por Kine 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 vía Remota por Kinesiólogo a niños y adolescentes ERC postingreso 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) Realizar cartilla COVID	Nº de niños ERC atendidos en <u>programa por equipo de salud</u> Nº de niños ERC existentes Médico nuevos capacitado en ERC Médico capacitado en IRA (SSMO) 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 seguimientos remotos realizados a CR descompensado respiratorio Nº de visitas programadas a crónico respiratorio según la norma Nº de control postingreso 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 Nº cartillas COVID enviadas a PBC <u>IRA niños y adolescentes</u> PBC IRA niños y adolescentes	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 Médicos capacitados por SSMO en IRA Niños y adolescentes del programa crónico Resp. Descompensado con seguimiento remoto Mejora de la adherencia al programa por parte de los usuarios Mejora en la compensación de los usuarios del programa Niños y adolescentes del programa crónico Resp. Con educación en COVID	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. 71,2% logrado en octubre 2020	Lograr 80% y más de compensación de los niños crónicos respiratorios de 4 a 12 años	Entregar información a la población bajo control IRA niños y adolescentes sobre COVID (cartilla educativa)				

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE 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 4 años para mantener un 60% de ellos libres de caries. (IAAPS)	Coordinación con Equipo para el Examen de Salud según Flujiograma. 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>N° de niños menores de 4 años con ceod= 0 X 100</u> Total de niños menores de 4 años inscritos y validos	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 35%, en controles odontológicos en niños de 0 a 9 años. META SANITARIA (se considerará línea base)	Coordinar trabajo con el equipo de sector para que realicen oportunamente las derivaciones a control odontológico desde los 6 meses de edad. Pesquisa de niños de 0 a 9 años para derivar a control Odontológico Coordinar trabajo con Programa Infantil.	<u>N° de niños de 0 a 9 años en control odontológicos (programa CERO) X 100</u> Total de niños de 0 a 9 años inscritos y validados	REM 09 REM 03 REM 09			
		Alcanzar al menos un 79% de cobertura en tratamiento integral odontológico de niños de 6 años y mantener un 22% de ellos libre de caries. META SANITARIA (se considerará línea base) 100% acceso población de 6 años (GES)	Rescate de pacientes. Atención odontológica a toda la población de niños inscritos en Cefam que soliciten tratamiento. Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes pediátricos. Facilitar el acceso a pacientes que consultan de urgencia. Atención Profesional de Urgencia	<u>N° de niños de 6 años alta odontológica total X 100</u> Total de niños de 6 años inscritos y validados <u>N° de niños de 6 años con CEOD= cero X 100</u> N° de niños de 6 años inscritos y validados No tener lista de espera de niños para atención odontológica	REM 09			
		Aumentar cobertura odontológica de niños de la comuna	Coordinación con Directores de Colegios y Jardines de la comuna y participación del equipo en reuniones de Comisión Mixta.	<u>N° pacientes atendidos de urgencia odontológica GES</u> N° pacientes que consultan por urgencia odontológica GES	REM 09			
		Atención al 100% de consulta odontológica de urgencia GES	Campañas de educación en prevención de la salud oral en Jardines Junji y Colegios Municipales y Particulares Subvencionados de la comuna	<u>N° 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.	Visitas programadas a colegios y jardines de la comuna. Examen de salud bucal de niños de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna. Fluoración de niños de 2 a 5 años de jardines y colegios de la comuna	<u>N° 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				

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: INFANCIA	5. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA DEL NIÑO	<p>Desarrollar actividades de promoción y prevención que permitan evitar las complicaciones por enfermedad respiratoria aguda del niño</p> <p>Lograr el 100 % de aplicación de score IRA según la norma en menores de 0- 6 meses controlados</p> <p>Educar a padres de niños de 0 a 3 meses en factores preventivos y de consulta oportuna de IRA(de manera remota)</p> <p>Cumplir Metas de Campaña de Invierno /PANDEMIA.</p>	<p>Monitorear semestral mente dato estadístico (auditoria)</p> <p>Actualizar al equipo de salud en manejo de normas IRA y seguimiento patologías AUJE (de manera remota)</p> <p>Actualización IRA-ERA a equipo médico. (de manera remota)</p>	<p>N° de niños menores de 0- 6 meses controlados con score IRA aplicado</p> <p>N° total de niños menores 0-6 meses controlados</p> <p>N° de funcionarios del equipo de salud Cesfam-complejo actualizado en programa IRA.</p> <p>: N° de profesional médico actualizados <u>en IRA</u></p> <p>N° total de profesionales médicos que atienden niños</p> <p>N° de padres de niños de 0 a 3 meses, educados en fact prev y <u>consulta oportuna de manera remota</u></p> <p>N° de padres de niños de 0 a 3 meses</p> <p>N° de niños con indicación de KTR atendidos urgencia por kinesiólogo sala ira.</p> <p>N° de médicos de CUN capacitados en normas IRA</p> <p>Cumplir porcentaje de vacunación Vacuna anti influenza</p>	<p>REM 03</p> <p>P2</p> <p>REM 27</p> <p>RNI</p>	<p>Profesionales capacitados y aplicando normas IRA vigentes</p> <p>Funcionarios del equipo de salud del complejo actualizados en ira.</p> <p>Niños menores de 6 meses con Score IRA vigente</p> <p>Usuaris embarazadas informadas sobre IRA</p> <p>Trabajo en Red del Complejo durante Campaña de Invierno/pandemia</p>		J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
			<p>Prionización de la atención de niños según Pauta de Riesgo SCORE de IRA de causa no respiratoria en Cesfam y respiratoria en CUN</p> <p>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 (DE MANERA REMOTA)</p> <p>Coordinación de complejo de salud Urgencia Nuñoa derivación y contra derivación de niños con patología respiratoria sala IRA</p> <p>Vacunación Anti influenza en población objetivo</p>					

	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	<p>Lograr 95% cobertura 3ª dosis Hexavalente PNI según PBC infantil de 6 meses</p> <p>Identificar al 100% de Rechazo de Vacuna</p> <p>Lograr 95% cobertura de vacuna Trivírica PNI según PBC infantil de 12 meses</p> <p>Lograr 95% cobertura de vacuna VPH matriculada 4ª y 5ª básico, georreferenciada</p> <p>Lograr 81,4 % cobertura de vacuna anti influenza según población objetivo</p> <p>Identificar el 100% de niños vacunados con ESAVI (errores supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización)</p>	<p>Rescate telefónico y domiciliario (supervisar)</p> <p>Revisión de tarjetero semanal para identificar inasistentes de control de 6 y 12 meses(por coordinaciones)</p> <p>Informar a Enfermera Encargada de Inmunizaciones en caso de suspensión de vacuna de niño de 6 meses (marcar tarjetón)</p> <p>Difusión de Protocolo de Rechazo de Vacuna a Equipo de Salud. Insistir en Notificación inmediata a Enfermera del Rechazo</p> <p>Auditoría de Ficha de niños con rechazo a Vacuna</p> <p>Confirmación por GDA de niños de 6 y 12 meses a sus controles</p> <p>Notificación inmediata de ESAVI y seguimiento de casos</p> <p>Programación de Vacunación escolar de VPH</p> <p>Inmunización en Hogares Colaboradores de SENAME</p> <p>Coordinación con sala ira para rescate de niños y adolescentes crónicos respiratorios vacunación antinfluenza y PNI.</p>	<p>Nº de niños vacunados 3ª dosis hexavalente oportunamente X 100 Población de niños de 6 meses BC</p> <p>Nº de niños vacunados Trivrica oportunamente X 100 Población de niños de 12 meses BC</p> <p>Nº de niñas vacunados VPH oportunamente X 100 Población de población de niñas matriculadas 4ª y 5ª básico, georreferenciada</p> <p>Nº de Auditoría realizadas a niños con rechazo a vacuna Nº total de niños identificados por rechazo de vacuna</p> <p>Nº de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME inmunizados según PNI Nº Total de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME</p> <p>Nº de niños notificados ESAVI, con seguimiento Nº Total de niños notificados con ESAVI</p>	RNI Registros locales	<p>Población infantil de 6 y 12 meses protegida con inmunizaciones según PNI</p> <p>Niñas de 4ª y 5ª básico con inmización según PNI</p> <p>Población de niños y adolescentes de hogares colaboradores del SENAME con inmunización PNI</p> <p>Niños con rechazo identificados e intervenidos según protocolo</p>		JEFE PROGRAMA INFANTIL y UDP

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	Auditoría de fichas electrónica y tarjetones de niños ingresados a déficit DSM de 18 meses	N° de niños de 12 a 23 meses con aplicación de <u>EEDP</u> N° total de niños de 12 a 23 meses bajo control	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 30% de recuperabilidad niños de 8 meses con déficit de DSM	Optimizar sistema citas focalizando en los grupos edades señaladas (rescate telefónico)	N° de ingresos y controles asistentes <u>en el mes a sala de estimulación</u> N° de ingresos y controles agendados a sala de estimulación en el mes		Niños con déficit de desarrollo psicomotor recuperados		
		Lograr 15 %recuperabilidad niños de 18 meses con déficit de DSM	Plan consensuado a familias de niños con Déficit de DSM (Reunión Casos Complejos)	Número de altas de déficit DSM <u>12 – 23 meses</u> Número de niños con Déficit DSM de 12 a 23 m ingresados a programa		Niños 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME intervenidos en Sala de Estimulación		
		Lograr el 100% de ingreso a Sala de Estimulación (de manera remota de los niños de 0 a 5 años de Hogares colaboradores del SENAME	Derivación oportuna a Sala de estimulación de manera remota , según Norma ChCC	N° de niños con Déficit DSM ingresados a Sala de <u>Estimulación</u> N° de niños con Déficit DSM diagnosticados		Niños con Déficit DSM intervenidos en Sala de Estimulación		
		Lograr 90% cobertura del de asistencia a Talleres de DPsm temprano y lenguaje de niños menores de 12 meses de manera remota.	Atención presencial en sala de estimulación en casos priorizados por la educadora de párvulos.	No de niños evaluados presenciales por educadora en sala de estimulación.		Padres capacitados en estimulación DSM Y LENGUAJE		
			Derivación a Sala de Estimulación de niños de Hogares de Menores colaboradores del SENAME	N° de menores de 12 meses, capacitados en <u>DPsm y Lenguaje de manera remota</u> Total niños menores de 12 meses BC.				
			Talleres ChCC de DPsm y Lenguaje de manera remota	N° de niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME ingresados a Sala de Estimulación de N° niños de 0 a 5 años de Hogares de Menores colaboradores del SENAME				
			Monitoreo mensual de niños con déficit ingresados a sala de estimulación					
			Reporte mensual por enfermera responsable por sector de niños con déficit DSM					

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	N° de funcionarios de equipo de salud capacitados en Programa Naneas	Registro local Rem 01	Niños y adolescentes con necesidades especiales NANEAS identificados en PBC	INCLUYE ADOLESCENTES	J E F E P R O G R A M A I N F A N T I L
			Aplicación de protocolo de controles de salud según Programa NANEAS	N° de niños y adolescentes NANEAS identificados en PBC (niños y adolescentes)				
			Derivación de niños y adolescentes de programa NANEAS a Reunión Casos Complejos (RCC)	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				

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 25 % de cobertura en control odontológico en adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados	Coordinación con el equipo de salud. Rescate pacientes. Examen de salud, según Flujograma.	<u>N° de adolescente de 10 a 19 años con alta odontológica total X 100</u> Total de niños de 10 a 19 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 50% de cobertura en altas odontológicas totales en población de 10 a 19 años inscrita y validada (IAAPS)	Atención odontológica a toda la población de adolescentes inscritos en Cefam que soliciten tratamiento Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adolescentes.	<u>N° altas odontológicas totales en población de 10 a 19 años X 100</u> Población inscrita y validada de 10 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). Visitas a colegios, reuniones de apoderados y comisión mixta para incentivar inscripción en programa.	<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	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. MALNUTRICION POR EXCESO (10 a 19 ANOS)	Entregar acciones de salud integrales al adolescente	Realizar intervención nutricional al 80% de los niños de 10 a 14 años malnutridos por exceso pesquisados en ficha CLAP	Derivación desde equipo de enfermeras que realizan ficha CLAP de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso	N° de niños de 10 a 14 años con Control de Salud Integral (CSI) con ficha CLAP con diagnóstico de malnutridos por <u>exceso con consulta nutricional</u> total de niños de 10 a 14 años malnutridos por exceso derivados a consulta nutricional de aplicación de ficha CLAP	Adolescentes con malnutrición por exceso con intervenciones en salud que tienden a EVS		J E F E
				Consulta nutricional por nutricionista de sector				
			Programa Vida Sana	Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años del Programa Vida Sana con tercer control realizado				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	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	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	
					Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes inscritos en el CESFAM				

J
E
F
E

P
R
O
G
R
A
M
A

D
E

L
A
M
U
J
E
R

PR O B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO 1. SALUD CARDIOVASCULAR	Entregar acciones de salud integrales desde el PSCV a la población en control.	Lograr un 40% de cobertura efectiva con PA menor de 140/90 en población de 15 a 79 años y PA menor de 150/90 en población de 80 años y más META MINSAL: > 43%	Rescate de inasistentes, EMPA Comunidad, EMPA interno. Sala Cardiovascular (Enfermera, T: Paramédico) Rescate en agenda diaria de profesionales, EMP a Funcionarios del complejo Alcanzar un 15% de cobertura EMP según grupo etéreo, en hombres y mujeres de población inscrita validada Implementación de nuevo flujograma PSCV en contexto COVID19 Listado mensual GES Incorporación modalidad de controles PSCV en terreno a mayores de 80 años Se mantiene Poli Descompensados y Descompensados PSCV (médico) Incorporación prestación descompensados PSCV, por nutricionistas Censo que incluya FRCV y complicaciones CV cada 3 meses, según requerimiento de Programa Aplicar Normas de manejo de ECV y FRCV. (Guías Clínicas GES) Auditoría de fichas en pacientes del PSCV Presentación de casos pacientes del PSCV en RCC (Reunión Casos Complejos) Monitoreo del registro de complicaciones CV. Rescate inasistentes en unidades de apoyo del CESFAM (Toma de Muestra, Farmacia, Dental, UDP)	% EMPA del año Nº de Hipertensos de 15 años y más con cifra de <u>compensación según grupo etario</u> HTA 15 años y más, de población estimada según prevalencia ENS Nº de personas con DM de 15 años y más con <u>cifra de compensación según grupo etario</u> DM 15 años y más, de población estimada según prevalencia ENS Adultos ingresados a vida sana sin patología Cardiovascular % Población en tratamiento con Insulina (sobre 22,5% de población Diabética Insulinizada) Número de pacientes intervenidos en MAF x 100 Número ingresados al PSCV Pacientes con Maln por exceso obesos <u>evaluados por Nutric X100</u> Total de obesos BC en Cesfam <u>Número de pacientes rescatados por sectores X100</u> Número total de pacientes enviados desde CUN para rescate <u>Pacientes intervenidos por QF, compensados</u> Pacientes intervenidos por QF	P4 Inscritos REM 02 REGISTRO LOCAL	Lograr pesquisa y coberturas programadas de enfermedades cardiovasculares en el adulto y embarazadas		
	Pesquisar enfermedades de Salud CV atingentemente	Lograr una 20% de cobertura efectiva Diabetes Mellitus, con H. Glico menor de 7 en población de 15 a 79 años y H. Glico menor de 8 en población de 80 años y más Meta MINSAL >28%	Rescate de pacientes descompensados Diabetes, desde CUN Intervención de QF a pacientes descompensados PSCV Cursos OPS SCV Capacitación Interna Insulinoterapia Consulta Nutricional a pacientes Adultos con Malnutrición por exceso, obesos Programa Vida Sana Mantener Informe Valores Críticos de Laboratorio-UDP Reforzar derivación al MAF					

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	SALUD CARDIOVASCULAR	<p>Pesquisar enfermedades de Salud CV atingentemente</p>	<p>Mantener la detección de Diabetes gestacional en al menos el 100% de las embarazadas bajo control</p> <p>Seguimiento al 100% de las mujeres con antecedentes de DG a las 6° semana post parto</p> <p>Lograr el 40% de paciente diabéticos bajo control, con evaluación anual de pie.</p> <p>Alcanzar un 40% de personas del PSCV, con ficha de Prevención de ERC-GES</p>	<p>Pesquisa de diabetes gestacional al total de embarazadas GES:</p> <p>Solicitud de PTGO 100% de las embarazadas bajo control, entre 24 y 28 semanas.</p> <p>Gestantes con factores de riesgo para DG repetir PTGO entre 32 y 34 semanas de embarazo.</p> <p>Derivación al nivel secundario de las embarazadas con examen específico alterado, FAR.</p> <p>Derivación con Nutricionista CESFAM antes de 48 hrs de la derivación a FAR. Derivación a Médico para formulario GES.</p> <p>Realizar auditorías a pacientes con DG Solicitud de PTGO a las 6° semana post parto por Matrona</p> <p>Realizar Evaluación de pie diabético a todos los diabéticos BC, incluidos pacientes del Programa Postrados.</p> <p>Rescate de pacientes sin Evaluación de Pie Diabético (Farmacia, Podología, CUN, Coordinaciones de sector).</p> <p>Enfermera con agenda para atención espontanea de pie diabético.</p> <p>Reevaluación de pacientes con pie Diabético Alto y Máximo</p> <p>Revisión de agendas odontológicas para rescate de pie diabético.</p> <p>Revisión de tarjetero para rescate de inasistentes.</p> <p>Aplicación de Pauta de Evaluación ERC: Registro diario en Agenda y Tarjetón (Médico).</p>	<p>N° de DG en embarazadas <u>bajo control</u></p> <p>N° ingresos de embarazo</p> <p>Numero de auditorías de pacientes con DG</p> <p>Púerperas con PTGO tomada <u>a la 6° semana post parto</u> púerperas con DG</p> <p>N° de evaluaciones de pie <u>diabético realizado</u></p> <p>Total de pacientes diabéticos bajo control</p> <p>N° personas PSCV con Pauta <u>Aplicada</u></p> <p>N° Total de personas del PSCV</p> <p>N° Total de pacientes DM con pie diabético dgto Alto y Máximo,</p>		<p>Los usuarios DM del centro tienen evaluación anual de pie Diabético vigente</p> <p>Los usuarios del PSCV del centro con evaluación de riesgo de ERC vigente</p>		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	<p>Diagnóstico y tratamiento al 100% de los casos detectados</p> <p>Cobertura del 50% de población estimada con depresión en APS</p> <p>(Mantener PBC actualizada: en SIGGES, por 6 meses)</p>	<p>Capacitación y actualización al equipo de salud en el año en instancias de Reuniones de Programa de Salud Mental por Equipo COSAM</p>	<p>Nº de casos atendidos por trastorno emocional</p> <p>Total de casos con trastornos emocional derivados</p>	REM P 6	<p>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</p>		J E F E P R O G R A M A S A L U D M E N T A L
				<p>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.</p> <p>Atención del 100% de Embarazadas y Puérperas que sean derivadas al programa de Salud Mental</p> <p>Psicóloga encargada programa realiza auditorias mensuales de ingresos (a un año de haber sido ingresados con diagnóstico a SIGGES) en el caso de Depresión</p> <p>Mantener trabajo en Red con: CAVAS, CVS y CAV</p> <p>Consultas de Programa DIR, por Psicólogo</p> <p>Realizar Tel Taller de Trastornos Mixtos de Ansiedad y Depresión en Adultos y Adultos Mayores</p>	<p>Nº de consultorías realizadas</p> <p>Nº De atenciones a embarazadas</p> <p>Nº personas de alta del programa de depresión</p> <p>Nº personas ingresadas a programa</p>	<p>REM 03 Y 27</p> <p>REM A06 Sección C1</p> <p>REM 06</p>			

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS/ MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO 3. CANCER DE MAMAS Y CERVICO 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 Potenciar la toma de PAP para mujeres inscritas y no inscritas de forma espontanea e inmediata PAP en embarazadas antes de las 24 semanas (intentar 100%) Informar a equipo de salud recurso de Mamografía disponible para indicación	Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente a Dic 2018 Nº 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. Mamografías realizadas Mamografías asignadas (P. Resolutividad)	Evaluación meta entregada por SSMO REM 18	Brecha de PAP reducida Pesquisa activa por equipo de salud		J E F E P R O G R A M A D E L A M U J E R
		Pesquisa Cáncer Mamario						

PR OB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL : ADULTO 4. ENFERMEDADES TRASMISSIBLES (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 Consejería Pre-test VIH entre 32 y 34 semanas	N° de Consejerías VIH, realizadas a <u>embarazadas al ingreso X 100</u> N° embarazadas ingresadas N° de Consejerías VIH, realizadas a <u>embarazadas entre las 32 a 34 semanas X 100</u> N° 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	Cumplimiento Flujograma de atención a pacientes seropositivos Mantener norma de referencia pacientes con ITS –VIH Coordinación con infectología de la Red Oriente atención oportuna de pacientes VIH + Registro y seguimiento pacientes VIH positivos. Actualizar el equipo sobre actualización ITS, incluido VIH y consejería pre y post test VIH. Difusión de protocolo "Manejo de fluidos corporales." (C. Paritario/Calidad) a complejo Salvador Bustos Mantención de elementos protección personal a funcionarios del complejo de salud Entrega de material educativo: cartillas, dípticos, etc.	N° de usuarios seropositivos <u>atendidos</u> N° de usuarios seropositivos pesquisados Vigilancia epidemiológica. Informe semestral protocolo RH 4.2 (accidentes con fluidos de riesgo y corto punzante)				
		Promover conductas protectoras en el equipo de salud, que prevengan la transmisión ITS– VIH						

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

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	1. SALUD CARDIOVASCULAR (COBERTURAS Y METAS DESARROLLADO EN PUNTO 1 EN CICLO VITAL DEL ADULTO)	Entregar acciones de salud integrales desde el PSCV a la población adulto mayor en control.	Alcanzar un 30% de cobertura EMPAM Meta MINSAL ¿?, No llegó IAAPS 2020	Atención Integral del AM en control anual: Realizar Control PSCV y EMPAM en la misma consulta por Enfermera. Incorporación de modalidad terreno en atenciones para adultos mayores de 80 años y más 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. Consulta Nutricional A. Mayor, por Malnutrición por Déficit Programa MAS (Más Adulto Mayores Autovalente) Enfoque de riesgo Coordinación intersectorial	N° de personas de 65 años y más con EMPAM anual vigente/ Total pacientes 65 años y más Población inscrita validada. N° de AM participantes del MAS N° de AM Autovalente BC % de AM en control en centro de salud ingresados al programa MAS. % de AM que mantiene mejora su condición funcional N° de Controles de Seguimiento paciente Ad. Mayor con Riesgo de Dependencia y Autovalente con Riesgo Total A. Mayor con dgstico Funcional Autovalente con Riesgo y Riesgo de Dependencia BC N° 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
		Pesquisar enfermedades de salud CV atingentemente en AM Prevención de enfermedades cardiovasculares							

	PROB	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
CICLO VITAL: ADULTO MAYOR	2. CANCER DE MAMA	Entregar acciones de salud para la prevención del cáncer de mama	Mejorar pesquisa precoz de cáncer de mamas	Enfoque de riesgo	% 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
				Coordinación intersectorial					
				Mamografía anual					
				EFM anual					

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.	Nº de talleres realizados				
			Aplicación del Test de Zarit del cuidador.	Existencia de catastro sectorizado mensualmente.				
			Curso "Manejo Avanzado de Heridas para Enfermeras (SSMO)"	Nº de casos Auditados				
			Catastro actualizado	<u>Nº de Pac Dep Sev con VD primer contacto</u>				
			Curso de "Tratamiento del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado (SSMO)"	Nº Total pacientes severos				
			Entrega de cuidados paliativos y alivio del dolor a pacientes terminales	<u>Nº de Pac Dep Sev con VD segundo contacto</u>				
			Monitorización mensual de V. Domiciliarias, por estamento	Nº Total pacientes Dep severos				
			Monitorización mensual de Aplicación de Zarit abreviado al Cuidador	<u>Nº de V. D. con fines Terapéuticos y/o procedimiento más seguimiento de Pac Dep Sev</u>				
			Proyecto de Acompañamiento al Cuidador	Nº pacientes Dep severos				
Entrega Estipendio a cuidadores de postrados severos (FONASA A y B)	Nº pacientes con Dep Severa sin LPP (Lesión Por Presión)							
Auditorías de Ficha (Auditoría Técnica Médica)	Nº pacientes con Dep Severa							
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."	<u>Nº de Zarit Abrev aplicados a cuidadores</u>							
Atención Odontológica Domiciliaria Pac. Dep. Severos y Cuidador (Meta definida: 13% Pac Dep Sev)	Total de Cuidadores							
	Nº pac Dep Sev con indicación de NED (Nutr Enterale 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. REHABILITACION FISICA	Rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad de origen osteomuscular (OM) Entrega de Ortesis (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	% de médicos orientados en derivación a sala de rehabilitación	P8 REM28 Registro local	Flujos de derivación socializado y entendido por equipo de salud. Mejorando derivación.		J E F E
				Orientación al equipo de salud en temas de discapacidad y rehabilitación.	<u>Nº pacientes ingresados evaluados</u> x 100 Nº pacientes ingresados				
				Evaluación Kinesiológica de ingreso a paciente derivado a Rehabilitación.	<u>Nº pacientes egresados por alta</u> x 100 Nº pacientes ingresados		Tratamiento oportuno y eficiente, mejorando la resolutivez de patologías de origen osteomuscular.		P R O G R A M A
				Planes de tratamiento con objetivos y plazos definidos, en sesiones individualizadas; enfocadas a una Rehabilitación Integral.	Indicadores del Programa MAS		Aumento actividades de promoción y prevención.		D E L
				Derivación a Programa MAS por parte del equipo.	<u>Nº de AT entregadas antes de vencimiento</u> x 100 Nº de AT entregadas		Mantener a los pacientes con una cobertura casi constante.		A D U L T O
				Refuerzo al equipo en Guía clínica GES sobre Entrega Ayudas técnicas.	Nº de Talleres Prevención de caídas.		Reducir el impacto de la dependencia en los pacientes.		M A Y O R
				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					

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. Flujiograma y Normativa interna (3 reuniones al año)	N° Capacitaciones ERA realizadas al equipo. N° de adultos con diag. de asma bajo control y n° de personas de 40 y + con EPOC bajo control N° de personas esperados según prevalencia de asma y EPOC				
		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 periodo de campaña antiinfluenza, rescate desde farmacia y visitas domiciliarias.	N° pacientes con diagnóstico clasificados por severidad 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.	N° pacientes ERA con espirometría vigente 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.	N° pacientes ingresados a Programa Rehabilitación Pulmonar 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	N° pacientes ERA (menores de 65 años) que recibieron VAG 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.	N° pacientes ERA de 65 años que recibieron vacuna antineumocócica. 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	Facilitar el acceso a estos pacientes: Se asignará hora según disponibilidad de agenda para adultos mayores	N° de <u>pacientes diabéticos atendidos</u> N° de diabéticos inscritos validados	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
		Atender al 50% de diabéticos	Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes diabéticos					
		Aumentar cobertura odontológica de la población adulta mayor de la comuna	Aumentar o mantener cobertura odontológica de la población adulta inscrita en Cesfam que soliciten tratamiento. Se asignará hora según disponibilidad de agenda para pacientes adultos mayores	Lista de espera de adultos con no más de 4 meses de permanencia.				

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

	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 2021	<p>Desarrollo del Plan Local de Promoción:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ejecución de Plan de Trabajo de Entornos Laborales Saludables 2021 (adaptado a contingencia sanitaria covid 19, a través de medios audiovisuales) Ejecución de Actividades planificadas para el mes del Corazón (adaptado a contingencia sanitaria covid 19, a través de medios audiovisuales) Mantener reuniones de la Comisión Mixta con enfoque promocional. Ejecución de Actividades planificadas en Aniversario Comunal, con enfoque en Promoción de Salud (adaptado a contingencia sanitaria covid 19, a través de medios audiovisuales) 	<p>Registro de actividades y listado de asistentes (estadísticas)</p> <p>Consejo de Desarrollo funcionando don Plan de Trabajo</p> <p>Existencia de informes de satisfacción usuaria.</p> <p>Existencia de documento Diagnostico participativo.</p> <p>Existencia de documento Plan de Participación Social</p>	<p>Libros de actas</p> <p>Nóminas de asistencia con firma de participantes</p> <p>Informes técnicos de la actividad ejecutada.</p> <p>Registro de actividades</p> <p>Encuestas</p>	<p>Plan local de Promoción</p> <p>Programa de Salud Intercultural ejecutado.</p> <p>Plan de Participación social ejecutado</p> <p>Uso de Redes Sociales</p>		PROMOCIÓN Y ENTORNO LABORAL SALUDABLE
			Elaborar y ejecutar Plan Interno de Participación Social 2021	<p>Co Ejecución del Plan de participación 2019-2021</p> <p>Elaboración de un Plan Información a la Comunidad (USU)</p> <p>Elaboración y desarrollo del Programa de Salud Intercultural 2021</p> <p>Desarrollo de Plan local de Promoción (Equipo de Salud)</p> <p>Desarrollo y Ejecución de Proyectos de Calidad y Participación</p> <p>Diagnóstico Participativo</p> <p>Trabajo con:</p> <p>Consejo de desarrollo, Comisión Mixta, Intersector, Coordinación con instituciones colaboradoras del SENAME, Trabajo con Voluntariados</p> <p>Medición de la Satisfacción Usuaría en forma participativa y Plan para corregir brechas.</p> <p>Cuenta Pública Participativa</p>					

	PRO B	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR	RESULTADOS / MEJORA	OBS	R
SALUD LABORAL: COMITE PARITARIO TRANSVERSAL A TODO CICLO VITAL	1. ACCIDENTABILIDAD EN CESFAM SALVADOR BUSTOS Y CUN	Disminuir la tasa de accidentabilidad de los trabajadores en el CESFAM Salvador Bustos y CUN, mediante la identificación y corrección de las causas de los accidentes laborales.	El 30% de los funcionarios recibirá alguna capacitación relacionada con prevención de riesgos laborales.	Ejecutar talleres educativos a los funcionarios con enfoque en prevención de riesgos laborales y promoción de conductas preventivas en el trabajo.	(N° total de funcionarios capacitados/ Promedio de funcionarios del CESFAM Salvador Bustos -CUN) x 100	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	Disminución de la tasa de accidentabilidad 2020 en un 10% para diciembre del 2019.		COMITE PARITARIO
		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 CUN.	Reducir la tasa de accidentabilidad 2020 en un 10% para diciembre del 2021	Inspeccionar puestos de trabajo y dependencias del centro, para evaluar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del empleador y del trabajador.	<ul style="list-style-type: none"> (N° total de accidentes ocurridos/ Promedio de funcionarios del CESFAM Salvador Bustos -CUN) x 100 N° de días perdidos por accidente laboral durante el periodo N° de puestos de trabajo inspeccionados por periodo Evaluaciones realizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	Causas de accidentes laborales identificadas y corregidas.		

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

XV. PROGRAMACIÓN 2021 CESFAM ROSITA RENARD Y SAPU

SALUD EN LA INFANCIA

	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	OBS	R
Ciclo Vital: Infancia PROMOCION	Promover los factores biopsicosociales protectores de la salud en niños y niñas <i>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil</i>	1) Promover factores protectores en crianza respetuosa: • Según meta CHCC: Realizar taller Nadie es Perfecto al 1% de madres, padres y/o cuidadores de niños bajo control menores de 5 años. • Promover Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> Mantener continuidad de Taller Nadie es Perfecto. Club de lactancia, aumentar la derivación por parte de matrones. Participación en comisión mixta. Incorporar en redes sociales información del Club de Lactancia. 	(Nº de madres, padres y/o cuidadores de niños <5 años que ingresan a taller "Nadie es Perfecto" / Nº total de niños <5 años bajo control) x100 Nº de asistentes club lactancia	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> Taller "jugando aprendo". 	(Nº de asistentes al taller jugando aprendo/población bajo control de niños <1 año) x100	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Sesión educativa de técnica de higiene oral a niños, educadoras y profesores. Entrega de kit de higiene oral Participación en Comisión Mixta (coordinación intersectorial) Orientación a los establecimientos educacionales para la confección de cepilleros 	(Nº de niños de 2 a 5 años que reciben educación y kit / Nº de niños de 2 a 5 años según meta establecida) x100	REM 09 / Convenio odontológico			E. Dental
		4) Aumentar el porcentaje de cuidadores de niños/as menores de 9 años en buenos hábitos en salud oral según año anterior.	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	(Nº de niños <9 años con cuidadores que reciben educación en buenos hábitos bucales / Nº total de niños menores de 6 años bajo control) x100	Informe Rayén de la actividad seleccionada.	Se sugiere aumentar progresivamente los siguientes años.		

Ciclo Vital: Infancia	PREVENCIÓN	Prevenir enfermedades prevalentes en población infantil. <i>Objetivo Impacto: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación</i>	5) Lograr al menos un 95% cobertura PNI en niños y niñas <1 año. (Meta Nacional, estándar)	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y sensibilización en controles realizados por equipo de salud. • Registro adecuado en RNI, tarjetón de control y vacunas • Mejorar estrategias de rescate de inasistentes (distintas unidades) • Supervisión de Programa por enfermera PNI • Difusión, educación y sensibilización al equipo de salud. • Registro de rechazos en box de atención • Mantener práctica de tetanalgesia en box Vacunatorio • Información en redes sociales. • Capacitación en Rayen para manejo de estadísticas y registros. 	<p>(N° de niños de 2 meses vacunados / N° de niños de 2 meses esperados a vacunar) x100</p> <p>(N° de niños de 4 meses vacunados / N° de niños de 4 meses esperados a vacunar) x100</p> <p>(N° de niños de 6 meses vacunados / N° de niños de 6 meses esperados a vacunar) x100</p> <p>(N° de niños de 1 año vacunados/ N° de los niños de 1 año esperados a vacunar) x100</p>	Tarjetero de Vacunatorio. Registros Rayen			Encargada PNI
	PREVENCIÓN	Prevenir la mortalidad por IRA grave, en la población objetivo <i>Objetivo Impacto: Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</i>	6) Lograr cobertura de la vacunación anti-influenza y neumococo, según lo comprometido en meta 2020.	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión general en marzo para sensibilizar al equipo de salud • Educación y sensibilización en controles de salud realizados por el equipo • Coordinación con autoridades comunales, instituciones públicas y privadas, jardines, colegios, hogares. • Conformar equipo, con funcionarios requeridos para ejecutar la acción de vacunar • Información en redes sociales. • Elaborar estrategia para facilitar acceso a vacunación en sector 4. 	<p>Logra cobertura de vacunación anti-influenza según meta 2019 (si/no)</p> <p>Logra cobertura de vacunación neumococo según meta 2019 (si/no)</p>	Tarjetero de Vacunatorio. RNI			Encargada PNI
	PREVENCIÓN	Aumentar la lactancia materna en menores de 6 meses como factor protector de obesidad <i>Objetivo Impacto: Mantener o disminuir la obesidad infantil</i>	7) Lograr prevalencia de Lactancia Materna: <ul style="list-style-type: none"> • Al mes: 80% (meta local) • A los 3 meses: 60% (meta local) • A los 6 meses: Según Meta Sanitaria 2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas de lactancia (taller CCC, Club de Lactancia Materna) • Consejería breve en lactancia en consultas y controles • Control de Diada • Paneles y Cartillas • Clínica Lactancia Materna, con cupos protegidos • Citación de inasistentes • Revisión de tarjetero • Consulta 5º mes Nutricionista • Feria de Promoción 	<p>(N° de niños <1 mes con LME / N° de niños <1 mes controlados) x100</p> <p>(N° de niños <3 meses con LME / N° de niños <3 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños <6 meses con LME / N° de niños <6 meses controlados) x100</p>	REM A03 sección A6			E. Prog. Infantil // Equipo Salud
		Detectar oportunamente riesgo de depresión materna <i>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</i>	8) Lograr cobertura de aplicación de Pauta Edimburgo al 90% de niños de 2 meses y al 80% de niños de 6 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>(N° de niños de 2 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 2 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños de 6 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 6 meses controlados) x100</p>	Informe mensual EU / A01 sección B			Encargada P. Infantil // Enfermera de

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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (sí/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	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(N° de niños <1 mes con LME / N° de niños <1 mes controlados) x100</p> <p>(N° de niños <3 meses con LME / N° de niños <3 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños <6 meses con LME / N° de niños <6 meses controlados) x100</p> <p>(N° de consultas de lactancia materna realizadas/N° de consultas de lactancia materna comprometidas según COMGES3) x100</p>	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>(N° de niños de 2 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 2 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños de 6 meses con pauta Edimburgo aplicada / N° de niños de 6 meses controlados) x100</p>	Informe de formulario de Rayen "Pauta de edimburgo" / A01 sección B			Encargada P. Infantil
		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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Alteración del Desarrollo Psicomotor en el niño menor de 6 años	Detectar oportunamente rezago y déficit en el desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño sano.	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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(N° de niños de 4 meses con EDSM / N° total de niños de 4 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños de 1 año con EDSM / N° total de niños de 12 a 17 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños de 2 años con EDSM / N° total de niños de 24 a 35 meses controlados) x100</p>	<p>REM A03 sección A1 / REM A01 sección B</p> <p>REM A03 sección A1 / REM A01 sección B</p> <p>REM A03 sección A1 / REM A01 sección B</p> <p>Registro Rayén</p>		<p>*** Problema de salud priorizado N° 5 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal</p> <p>importante hacer gestión de agenda priorizada por programa, se solicita hacer un protocolo</p>	Encargada Programa Infantil // Enfermera de Sector
		Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	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 %	<ul style="list-style-type: none"> • 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 N°4, 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 N°5, 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 N°6, con una concentración de 1 prestación anual por enfermera) 	<p>(N° de niños bajo control de 8 meses con EDSM / N° de niños de 7 a 11 meses controlados) x100</p> <p>(N° de niños de 18 meses con EDSM / N° niños de 12 a 23 meses bajo control) x100</p> <p>(N° de niños de 3 años con TEPSI / N° de niños de 36 a 47 meses controlados) x100</p> <p>(N° de controles de salud infantil con EDSM de 8 meses / N° de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) x100</p> <p>(N° de controles de salud infantil con EDSM de 18 meses / N° de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) x100</p> <p>(N° de controles de salud infantil con EDSM de 3 años / N° de controles de salud infantil con EDSM comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM A03 sección A1 / REM A01 sección B</p> <p>REM A03 sección A2/ REM P2 sección A</p> <p>REM A03 sección A1 / REM A01 sección B</p> <p>Registro Rayén</p> <p>-REM A03, Sección A.2, celdas H21 a H24+I21 a I24</p> <p>-REM A03, Sección A.2, celdas J21 a J24+ K21 a K24+ L21 a L24+M21 a M24</p> <p>-REM A03, Sección A.2, celdas N21 a N24+O21 a O24</p>		<p>Se deberá trabajar con Rayén para obtener datos claros para indicadores, con posibilidad de modificarlos según las fuentes que se puedan disponer.</p>	
		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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	(N° de niños de 12 a 23 meses con riesgo de DSM recuperados / N° de niños de 12 a 23 meses con riesgo DSM bajo control) x100	<p>Libro de desarrollo psicomotor de los sectores</p> <p>Planilla Excel</p> <p>REM A03 sección A2</p>			

Ciclo Vital: Infancia	Alteración del Desarrollo Psicomotor en el niño menor de 6 años	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(N° de consultas de reevaluación de déficit ó rezago del DSM en <2 años / Población bajo control de menores de 2 años) x 100</p> <p>(N° de consultas de reevaluación de déficit/rezago del DSM de 2 y 4 años / Población bajo control de menores de 4 años) x100</p>	<p>REM A03, Sección A.2, celdas FGHJKLM: 25-26-27-28-29-30-31-32-33</p> <p>REM A03, Sección A.2, celdas N25 a N33+O25 a O33</p>			Encargada Programa Infantil // Enfermera de Sector
	Alteración oportunamente alteraciones del neuro desarrollo	<p>17) Aplicación de Pauta Neurosensorial al 90% de niños entre 1 y 2 meses de edad.</p> <p>Objetivo Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>(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</p>	<p>Numerador: Informe extraído de Rayen (por formulario pauta neurosensorial)</p> <p>Denominador: Informe extraído de Rayen (por formulario control sano)</p>			
Alteración Nutricional en el niño menor de 9 años	Prevenir enfermedades crónicas no transmisibles	<p>18) Mantener proporción de niños con estado nutricional normal en menores de 6 años según IAAPS 2020 (2019: 60%)</p> <p>Objetivo Impacto: Mantener o disminuir la obesidad infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>(N° de niños menores de 6 años con estado nutricional normal / N° total de niños < 6 años inscritos) x100</p>	<p>REM P2 sección A Población inscrita</p>			E Prog. Infantil // Nutricionista de Sector
	Objetivo Impacto: Mantener o disminuir la obesidad infantil	<p>19) Lograr cobertura de control de nutrición en población infantil menor o igual a 9 años por exceso y déficit según COMGES 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>(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</p>	<p>REM A04, Sección B , celdas E38 a J38+ E39 a J39</p>		Propuesta COMGES 2020: 27%	
		<p>20) Mantener o disminuir el índice de obesidad en menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones Técnicas y de Estamento. • Consulta nutricional oportuna. • Monitoreo de inasistentes por sector • Rescate de inasistentes 	<p>(N° de niños <5 años con obesidad / N° de niños <5 años bajo control) x100</p>	<p>REM P2 sección A</p>			
Diagnóstico	<p>Objetivo de Impacto: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil</p>	<p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de morbilidad en población infantil menor de 10 años 	<p>(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</p>	<p>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</p>			Jefe SOME

Ciclo Vital: Infancia	Trastornos emocionales y de conducta	<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con trastornos mentales</p> <p>Objetivo Impacto: Disminuir la prevalencia de discapacidad</p>	<p>22) Detectar, diagnosticar y otorgar atención integral al 100% de los niños y adolescentes con trastornos conductuales y emocionales comprometidos a atender según meta.</p> <p>Meta 2019: 218</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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
			<p>23) Aumentar el porcentaje de altas clínicas de niños/as con trastornos mentales en comparación al año anterior</p> <p>Altas 2017: 5 Altas 2018: 519 (limpieza) Altas 2019: 36</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 tu por trastornos mentales en el año) x 100	REM 05 REM 06			
	SENAME	<p>Garantizar la continuidad de atención de salud para NNAJ en periodo de estadía en instituciones SENAME</p>	<p>24) Otorgar atención integral a niños, niñas, jóvenes y adolescentes con riesgo psicosocial que pertenecen a Red SENAME:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de salud mental por trabajadora 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. 	<p>(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</p> <p>(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</p>	REM A06 Sección A.1 Celda AO17 REM A01 Sección B, Celdas AL33			Encargada Programa Infantil // Enfermera Asignada
VIF	<p>Brindar atención integral y oportuna a niños/as víctimas de maltrato</p> <p>Objetivo Impacto: Disminuir la violencia de género</p>	<p>25) Aumentar la atención de niños/as de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación con el periodo anterior</p> <p>2017: 0 a junio 2018 2018: 5 en el REM 2019: 24 a junio</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 Ravén) 	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

Ciclo Vital: Infancia	Enfermedades Respiratorias Agudas del niño	<p>Otorgar atención oportuna para menores de 5 años que cursen con IRA baja</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p>	<p>26) Acceder a atención kinésica dentro de 24 hrs al 90 % de las IRA baja en menores de 5 años, confirmadas y derivadas a sala IRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de agenda kinésica con cupos protegidos para urgencia •Atención kinésica en SAPU durante campaña de invierno •Monitoreo registro GES •Monitoreo de registro en Rayén •Refuerzo sobre uso de agenda en coordinaciones. •Refuerzo en reuniones de estamento médico y kinesiólogos. •Supervisión del cumplimiento de la derivación interna (Rayen) por parte de kinesiólogas de sala IRA. 	(N° de niños atendidos en sala IRA dentro de 24 hrs / N° de niños derivados a Sala IRA) x100	RAYEN		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada Unidad Respiratorio // Equipo de salud
	Enfermedades Respiratorias Agudas del niño	<p>Prevenir mortalidad por IRA baja en el menor de 5 años</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p>	<p>27) Intervención al 90% de los pacientes con RMBNM severo y al 50% RMBNM moderado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Aplicación de score de riesgo de morir por neumonía en todos los controles de salud. •Reforzar aplicación de pauta (ej. malformación congénita) •VDI al 90% de los pacientes con RMBNM severo, dentro de sector con evaluación Factores de Riesgo. •Monitoreo de registros •Intervención en sala al 50% de los pacientes con SRMBN moderado y severo fuera de sector con evaluación de factores de riesgo 	<p>(N° de niños menores de 7 meses con RMBNM severo intervenidos con VDI / Total de niños con RMBNM severo pesquisados a intervención) x100</p> <p>(N° de niños menores de 7 meses con RMBNM moderado intervenidos en sala IRA / Total de niños con RMBNM moderado y severo pesquisados a intervención) x100</p> <p>*Estos indicadores no considerarán a niños institucionalizados en SENAME; dado que la intervención en domicilio se enfoca en factores ambientales y estos hogares cumplen con los estándares.</p>	<p>* REM A26 sección A</p> <p>* REM A23 sección M.1 "otras"</p> <p>* Registro interno sala IRA</p> <p>* Informe de formularios "Riesgo de morir por neumonía Rayén"</p>			Encargada Unidad Respiratorio // Equipo de salud
	Enfermedades Respiratorias Crónicas en el Niño	<p>Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios</p> <p><i>Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>28) Aumentar en 20% la proporción de pacientes con asma controlado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de nivel de control del asma en pacientes menores de 15 años con asma bajo control en el Programa IRA. • Aplicar pauta de nivel de control de asma (lo debe aplicar médico) 	<p>(N° de pacientes menores de 15 años con Asma Compensado / N° de niños bajo control en el Programa IRA en periodo actual) – (N° de pacientes menores de 15 años con asma compensados / N° de niños bajo control en el Programa IRA año anterior)</p>	REM P3 sección D			
		<p>29) Entregar atención integral al 70% de los usuarios <15 años bajo control del Programa IRA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar formularios RAYEN. • Rescate y derivación a programa. • Control de crónicos respiratorio sala IRA en población menor de 20 años: COMGES3 prestación N°9, con una concentración de 2 prestaciones anuales por médico. 	<p>(N° de pacientes <15 años de programa IRA evaluados con formulario Rayen / N° total de pacientes <15 años de sala IRA bajo control) x100</p> <p>(N° de controles de crónico respiratorio en sala IRA en población menor de 20 años / N° de controles de crónico respiratorio comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>Planilla de formularios de Rayen.</p> <p>REM A23, Sección E, celdas F70 a O70</p>	A julio: 302	* Atención integral es comprobable mediante la realización del formulario Rayén	E. U Respiratoria	

Problemas de Salud bucal	<p>Mejorar y mantener la salud oral en niños de 6 años.</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable</p>	<p>30) Lograr egreso del programa cero según meta sanitaria 2020 en niños de 6 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(Nº de niños 6 años con egreso del programa cero / Nº de niños de 6 años inscritos en el CESFAM) x100</p>	<p>Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por FONASA.</p>		<p>*** Problema de salud priorizado, transversal a todos los ciclos vitales, de acuerdo a planificación comunal</p>	E. Programa Salud Dental
	<p>Mejorar y mantener la salud bucal en niños menores de 20 años.</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerable</p>	<p>31) Lograr altas odontológicas en personas de 7 a 19 años según IAAPS 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(Nº de usuarios de 7 a 19 años con alta odontológica / Nº de usuarios de 7 a 19 años inscritos en el CESFAM) x100</p>	<p>Numerador: REM 09 Denominador: Población validada por FONASA.</p>			

*** 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 Objetivo impacto: disminuir muertes por intentos suicidas en adolescentes Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de taller para padres y profesores de los adolescentes intervenidos • Ejecución del taller 	Ejecución del taller SI / NO	Registro de asistencia				
	PREVENCION Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables, que causan morbilidad a través del control de salud adolescente Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	3) Aumentar cobertura a un 16,4% en intervenciones de salud en población bajo control de 10 a 19 años	<ul style="list-style-type: none"> • 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				Bef Técnico Nutricionista22
		Objetivo Impacto: Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de la vida	5) Entregar herramientas para la prevención de violencia en adolescentes, dirigidos a padres y profesores	<ul style="list-style-type: none"> • 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 Objetivo Impacto: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de Tabaco	6) Prevención de tabaquismo en alumnos de al menos dos colegios de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • 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							R
Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs		
Ciclo Vital: Adolescencia	<p>Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva del adolescente de 10 a 19 años</p> <p>Objetivo Impacto: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes</p>	7) Realizar al menos al 10% de los adolescentes inscritos Consejerías en SSyR.	<ul style="list-style-type: none"> 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 Cesfam	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	
		8) Sensibilizar a alumnos de la comuna de Ñuñoa en conducta sexual responsable	<ul style="list-style-type: none"> 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%)	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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</p> <p>(N° de controles de regulación de fertilidad en población adolescente entre 10 y 19 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100</p> <p>(N° de controles integrales prenatal adolescente-ingreso / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM A01 sección A celdas E26+E27+F26+F27</p> <p>REM A05, Sección A Ingresos de gestantes a Programa Prenatal, celda D11 a E11</p>				
Ciclo Vital: Adolescencia	<p>Problemas de Salud mental</p> <p>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p> <p>Objetivo Impacto: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental</p>	10) Detectar tempranamente adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de OH, drogas y otros trastornos de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Mantener salud bucal en adolescentes de 12 años.</p> <p>Objetivo Impacto: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de</p>	<p>11) Lograr el alta odontológica en los adolescentes de 12 años inscritos, según IAAPS</p> <p>2019: 75%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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		<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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
<p>Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)</p> <p>PROMOCION</p>	<p>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).</p> <p>Objetivo Impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>1) Identificar la prevalencia del tabaquismo, sedentarismo y obesidad en personas de 15 años y más bajo control en el Cefam.</p> <p>* Tabaquismo 2015: 400/17203=2,3% 2016: 4,8% 2018: 10,2% ENS 2016/2017: 33,3%</p> <p>* Obesidad 2015: 351/8934=3,93% 2016: 21,46% (no PSCV) 14,4 % (bajo control PSCV) Prev. Nac. ENS 2016/2017: 31,2%</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(Nº de usuarios de 15 y más años con tabaquismo activo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100</p> <p>(Nº de usuarios 15 y más años con obesidad / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100</p> <p>(Nº de usuarios de 15 y más años con sedentarismo / Nº de usuarios de 15 y más años bajo control en Cefam) x100</p> <p>(Nº de consultas nutricionales en adultos de 20 a 64 años / Nº de consultas nutricionales comprometidas según COMGES3) x100</p>	<p>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).</p> <p>*Incluir como diagnóstico de CIE10.</p> <p>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).</p> <p>REM A04, Sección B, celdas O37 a AF37+ O38 a AF38+ O39 a AF39</p>		<p>*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal</p>	Encargada PSCV
	Promover hábitos de salud bucal	<p>2) Educar en higiene oral al 100% de los usuarios que ingresan a tratamiento odontológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación con equipo dental (unificación de criterios en reunión de estamento) Sesión de educación en técnica de higiene oral a pacientes ingresados a tratamiento dental Auditoria de registro en Rayén 	<p>(Nº de pacientes que reciben educación en higiene oral / Nº de pacientes que ingresan a tratamiento dental) x100</p>	<p>REM09 sección / REM09 sección</p> <p>(Se deben filtrar los pacientes que no son ingresos en "actividad")</p>			E. Programa Salud Dental
	Instalar la Temática de promoción de Estilos de Vida Saludable (EVS) en el CEFAM	<p>3) Promoción de Estilos de Vida Saludable (EVS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el Equipo de Promoción en el CEFAM Participar del Plan Comunal de Promoción Implementación de actividades propuestas por equipo multidisciplinario, dirigidas a la comunidad 	<p>(Nº de actividades realizadas / actividades programadas) x100</p>	<p>Acta de reuniones</p>			E Participación

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	PREVENCIÓN	<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del EMPA en personas de 20 a 64 años</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud</p>	<p>4) Lograr cobertura de EMPA según IAAPS 2020 de mujeres y hombres de 20 a 64 años inscritos en el Cesfam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar protocolo de EMPA a población objetivo. • Realizar Empatón 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). 	<p>(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</p> <p>(N° de EMP en mujeres de 20 a 44 años / N° de EMP comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM A02 sección A / Población inscrita validada (-) población en control en PSCV REM P04 (+) REM A05, sección H (-) REM A05 sección I</p> <p>REM A02, Sección B, Celdas H21 + J21+L2+ N21+ P21</p>			
	PREVENCIÓN	<p>Prevenir la mortalidad por IRA grave, en la población objetivo</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p>	<p>5) Lograr cobertura de la vacunación anti-influenza en población bajo control en sala IRA y ERA según lo comprometido en meta 2020,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Lograr cobertura de vacunación anti-influenza según meta 2020 (si/no)</p> <p>(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)</p>	<p>Planilla rutificada de población bajo control de sala IRA y ERA y RNI.</p>			

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)		PREVENCIÓN		PREVENCIÓN		PREVENCIÓN		
		PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	PREVENCIÓN	
PREVENCIÓN	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS Objetivo Impacto: <i>Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adultos</i>	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)	<ul style="list-style-type: none"> 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: <i>Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</i>	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)	<ul style="list-style-type: none"> 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
	Disminuir las muertes de mujeres por Ca de mama Objetivo Impacto: <i>Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</i>	8) Alcanzar un 35 % de cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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			E. P. Mujer

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	<ul style="list-style-type: none"> 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		
Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	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	<ul style="list-style-type: none"> Control CV. Auditoria 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=	<ul style="list-style-type: none"> Control CV. Auditoria 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%)	<ul style="list-style-type: none"> Control con enfermera y médico Reforzar registro correcto en ficha clínica Auditoria 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=	<ul style="list-style-type: none"> Mantener taller podológico. Registro adecuado en ficha Auditoria de ficha clínica (evaluar correcta derivación). Confirmación telefónica de las citaciones en podología. 	N° de pacientes diabéticos con control con podóloga dentro del año / N° total de pacientes diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico de Rayén (consultas de podóloga) Denominador: Informe estadístico P04, sección A			

Encargada PSCV

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)		PREVENCIÓN						
Prob	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador	Resultado / Mejora	Obs	R
	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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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			
	Objetivo	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%	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>N° de hipertensos de 15 y más años bajo control / N° de usuarios HTA de 15 y más años estimados según prevalencia x100</p> <p>N° de usuarios diabéticos de 15 y más años bajo control / N° de usuarios diabéticos de 15 y más años estimados según prevalencia x100</p>	<p>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%</p> <p>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%</p>	<p>*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal</p>	Encargada PSCV	

Ciclo Vital: Adulto (+ Adolescente + Adulto Mayor)	Control de HTA		<p>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%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 periodo, para DLP: Prevalencia DL ENS= 38,5%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	E_PSCV
		<p>Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada.</p> <p><i>Objetivo de Impacto: Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares</i></p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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
			<p>24) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico de HTA según Meta Sanitaria e IAAPS 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 periodo, 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		<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	N° de usuarios diabéticos de 15 y más años con HbA1c<7 / N° de usuarios diabéticos de 15 y más años estimados según prevalencia x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección B Denominador: Cálculo de la prevalencia para la población inscrita validada del período, para DM2: Prevalencia Nacional 15-64 años=10% 65 y más años=25%		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada de PSCV
	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 sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	25) Lograr cobertura efectiva de pacientes con diagnóstico DM2, según Meta Sanitaria 2020.						
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. <i>Objetivo de Impacto:</i> Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	N° de pacientes diabéticos con examen de HbA1c dentro del año / N° 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 N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal	Encargada PSCV
	<i>Objetivo de Impacto:</i> Aumentar la sobrevivida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	27) Mantener estándar de insulinización en pacientes diabéticos bajo control *Estándar es alrededor del 20% de los diabéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Control en PSCV 	N° pacientes diabéticos en tratamiento con insulina / N° de pacientes diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección C Denominador: Informe estadístico P04, sección A		*** Problema de salud priorizado N° 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 <140/90mmHg y Colesterol LDL<100 mg/dL.	<ul style="list-style-type: none"> • Control en PSCV • Participación en consultorías del PSCV por parte de los equipos de sector • Reforzar registro adecuado en ficha clínica 	N° de diabéticos de 15 y más años con HbA1c<7, PA=<130/80 y LDL <100 / N° de usuarios diabéticos bajo control x100	Numerador: Informe estadístico P04, sección B Denominador: Informe estadístico P04, sección A		*** Problema de salud priorizado N° 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	<ul style="list-style-type: none"> Derivación oportuna por equipo de salud Gestión de agenda Participación de odontólogos en taller de diabéticos Educación por parte de enfermeras, nutricionistas y médicos Reforzar registro en ficha clínica 	(Nº de pacientes DM bajo control dental / Nº de pacientes diagnosticados con DM) x100	Informe estadístico de Rayén (actividades en dental) / REM P 04 sección A		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal	
	Complicación de DM	<p>Reducir las complicaciones en personas con diabetes</p> <p><i>*Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad prematura asociada a diabetes mellitus</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Curación avanzada realizada exclusivamente por profesional enfermera. Corregir procedimiento de registro en ficha clínica de Unidad de Tratamiento 	(Nº de pacientes diabéticos en curación avanzada de heridas con enfermera / Nº total de pacientes diabéticos en curación avanzada) x100	Numerador: Informe estadístico de Rayén (buscar atenciones de la enfermera de la unidad) Denominador: Estadística de Unidad de Tratamiento.	Numerador: Buscar por diagnóstico.		Encargada PSCV
	Enfermedad Renal Crónica	<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p> <p><i>Objetivo de Impacto: Reducir la progresión de enfermedad renal crónica</i></p>	<p>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.</p> <p>2019 = 19%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 	Nº de pacientes de 15 y más años bajo control en PSCV con pauta de evaluación de ERC aplicada en los últimos 12 meses / Nº total de pacientes de 15 y más años bajo control en el PSCV x100	Numerador: Informe estadístico P04 sección A Denominador: Informe estadístico P04 sección A		*** Problema de salud priorizado N° 1 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal

	IAM y ACV	<p>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de IAM y ACV</p> <p><i>Objetivo de Impacto: Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares</i></p>	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>(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 / N° total pacientes egresados del hospital con diagnóstico de IAM y ACV informados al CESFAM) x100</p>	<p>Numerador: Registro en ficha clínica de cada paciente.</p> <p>Denominador: Informes recibidos por Encargada de PSCV desde el SSMO.</p>		<p>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.</p>	Encargada PSCV
--	-----------	---	--	---	---	---	--	--	----------------

Ciclo Vital: Adulto	Trastornos Mentales	<p>Brindar atención integral y oportuna a personas de 15 y más años con trastornos mentales.</p> <p><i>Objetivo Impacto: disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental</i></p> <p>Prevalencia Nacional de T. de Salud Mental: 22%</p>	<p>33) Proporcionar tratamiento integral a personas de 15 años y más que presenten trastornos de salud mental. (según IAAPS 2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(N° de personas de 15 años y más con trastorno de salud mental bajo control / N° de personas esperadas según prevalencia) x100</p> <p>(N° de controles de salud mental por médico en población bajo control / N° de controles de salud mental por médico comprometidos según COMGES3) x100</p> <p>(N° de controles de salud mental por psicólogo en población bajo control / N° de controles de salud mental por psicólogo comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM 05</p> <p>REM A06 Sección A.1 Celdas C13</p> <p>REM A06 Sección A.1 Celdas C14</p>	<p>A julio: 918 A julio: 2438</p>	<p>*** Problema de salud priorizado N° 3 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal</p>	E. P. Salud Mental
		<p>34) Cumplimiento de actividades trazadoras críticas comprometidas en COMGES 3 (prestación N°12)</p> <p>Meta comunal 2019: 137 Meta CESFAM RR:</p>	<ul style="list-style-type: none"> INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL en población de 5 y más años 	<p>N° de intervenciones psicosocial grupal en población de 5 y más años</p>	<p>REM A06 Sección A.1, Celdas H24 a AM24</p>				
	SS y R. y Climaterio	<p><i>Objetivo Impacto: Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio</i></p>	<p>35) Mantener cobertura y control integral del 12% de control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(N° de mujeres entre 45-64 años bajo control / N° de mujeres de 45 a 64 años inscrita) x100</p> <p>(N° de controles de climaterio realizados a mujeres de 45 a 64 años / N° de controles de climaterio comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM P1 sección F</p> <p>REM A01, Sección A, celdas L24 a O24+ L25 a O25</p>		<p>Se separan los controles ginecológicos</p>	E. P. Mujer
Ciclo Vital: Adulto	Control de embarazo	<p><i>Detección precoz de factores de riesgo en el embarazo para derivación oportuna</i></p>	<p>36) Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo según IAAPS 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(Número de mujeres embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas / embarazadas ingresadas a control) x100</p> <p>(N° de controles integrales prenatal en mujeres de 20 a 49 años / N° de controles comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM A 05</p> <p>REM A05, Sección A, celdas F11 a K11</p>	<p>A julio: 232</p>		

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.	<ul style="list-style-type: none"> Control pre-natal. Consejería en ITS Mantener registro y monitoreo 	(N° 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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%	<ul style="list-style-type: none"> 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
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.	<ul style="list-style-type: none"> 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			
		41) Cumplir el 90% del estudio de contacto de pacientes con TBC pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 3ª 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, 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) 	Existe al menos 1 paciente con TBC pulmonar diagnosticado en CESFAM (si/no)			
	Salud Bucal	Mantener salud bucal en pacientes de 60 años <i>Objetivo de Impacto: Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años</i>	43) Lograr altas odontológicas en pacientes de 60 años según meta establecida	<ul style="list-style-type: none"> 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 	Nº 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.	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de agenda. Educación para acceso a atención odontológica Gestión de lista de espera 	Nº de atenciones odontológicas de morbilidad / Meta establecida según convenio	REM 09 / Convenio		
							E. Programa Salud Dental

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	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Unidad de la Mujer para derivación oportuna • Educación por parte de matron 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	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en comisión mixta para coordinación para pacientes Junji y Sernam • 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.	E. Programa Salud Dental
		47) Fortalecer apoyo diagnóstico, control y tratamiento mediante uso de imagen radiográfica	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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	Encargada Unidad Respiratorio	
		49) Entregar atención integral a usuarios de 15 años y más bajo control del Programa ERA, según meta COMGES 3 2019: 80%	<ul style="list-style-type: none"> • 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				

<p>Ciclo Vital: Adulto</p> <p>Enfermedad Crónica del Adulto</p>		<p>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</p> <p>PJunio 2019: asma 50% / EPOC 71%</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir flujograma de tratamiento de pacientes con EPOC y ASMA Registro de formularios Rayén por kinesióloga y médico. 	<p>Tasa de de pacientes compensados del año vigente – tasa de pacientes compensados del año anterior</p>	<p>REM P3 sección D</p>		<p>*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal</p>	
	<p>Mejorar la calidad de la atención en la población crónica respiratoria</p> <p>Objetivo de Impacto: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>51) Mantener el total de egresos de programa de rehabilitación pulmonar en al menos el valor alcanzado en año anterior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(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</p> <p>(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</p>	<p>REMP3 sección C y sección A</p> <p>REM A23, Sección M.2, celda D147</p>	<p>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.</p>	<p>*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo con planificación comunal</p>	
	<p>Fomentar la disminución y cesación del consumo de Tabaco</p> <p>Objetivo Impacto: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco</p>	<p>52) 90% de espirometrías por tabaco activo cuentan con educación antitabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>(N° de consejerías antitabaco realizadas por kinesiólogas en examen de espirometría / N° de espirometrías realizadas por tabaquismo o problemas relacionados con tabaquismo) x100</p>	<p>REM 23 sección M, M.1</p>	<p>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.</p>		<p>E: Unidad Respiratorio</p>

Ciclo Vital: Adulto	Enfermedad Crónica del Adulto	53) Lograr cobertura de consejería antitabaco según COMGES3 (prestación N° 41, 47 y 48).	<ul style="list-style-type: none"> • 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 kinesióloga. • 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). 	<p>(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</p> <p>(N° de consejerías breve antitabaco en sala IRA-ERA / N° de consejerías breve antitabaco comprometidas según COMGES3) x100</p> <p>(N° de consejerías antitabaco / N° de consejerías comprometidas según COMGES3) x100</p>	<p>REM A09 Sección B, celda D20</p> <p>REM A23, Sección M1, celda D134</p> <p>REM 19A Sección A1, celdas C36 A C46</p>		
		54) Mantener intervención antitabaco, para promover la cesación de pacientes en fase contemplativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Taller antitabaco 	Se mantiene taller antitabaco (si/no)	Registro en Rayen REM 23		
	Contribuir a la disminución de la morbimortalidad de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales	55) Mantener cobertura de visitas domiciliarias al 90% de Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxigenoterapia ambulatoria y VMNI)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria a pacientes enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxígeno terapia ambulatoria y VMNI) 	(N° de pacientes visitados al grupo a objetivo / N° total de usuarios con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (oxígeno terapia ambulatoria y VMNI)) x100	Registro del programa REM 23 sección N (detallado)		*** Problema de salud priorizado N° 2 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal
VIF	Brindar atención integral y oportuna a mujeres que viven violencia intrafamiliar (VIF)	56) Aumentar la detección de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar respecto al periodo anterior	<ul style="list-style-type: none"> • 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 periodo 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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 al tratamiento, no contenido en la presente planificación

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

Objetivo		Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adulto Mayor PROMOCION	Fomentar la participación social, integración y envejecimiento activo de los adultos mayores.	1) Implementar acciones que fortalezcan la participación social, integración y envejecimiento activo de los adultos mayores.	<ul style="list-style-type: none"> • 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			
	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	2) Mantener actividades de: -Actividad física -Participación social -Alimentación saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Caminatas (al menos una) y uso de espacios comunitarios: GAM, plazas activas, caminata comunal, etc. • Taller de folklore • Encuentros de cocina saludable: <ul style="list-style-type: none"> o Concurso de cocina evaluado por nutricionista de CESFAM. o 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 Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.		
	Promover factores psicosociales protectores de la salud mental Objetivo impacto: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud mental	3) Continuidad de Talleres protectores de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Taller de AM en Plenitud 	Realizado SI/NO	REM 27 sección A			

Encargada Participación

<p>Ciclo Vital: Adulto Mayor</p> <p>PREVENCIÓN</p>	<p>Determinar la funcionalidad de los AM inscritos en el CESFAM</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</p>	<p>4) Realizar EMPAM a los adultos mayores inscritos validados de acuerdo con IAAPS 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(N° de Adultos de 65 y más años con EMPAM vigente / N° de AM inscritos) x100</p> <p>(N° de AM autovalentes sin riesgo / N° Adultos Mayores con EMPAM vigente) x100</p> <p>(N° de AM autovalentes c/ riesgo / N° AM con EMPAM vigente) x100</p> <p>(N° de AM con riesgo de dependencia / N° AM con EMPAM vigente) x100</p> <p>(N° de AM dependientes / N° de AM con EMPAM vigente) x100</p>	<p>REM P05 sección A</p>	<p>A julio: 26</p>	<p>Encargada Programa Adulto Mayor</p>
	<p>Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo detectado en el EMPAM.</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</p>	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(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</p>	<p>REM A01, Sección C Celdas: AF46 a AM46</p>		
	<p>Prevenir dependencia en personas de 65 años y más con riesgo de dependencia detectado en el EMPAM.</p> <p><i>Objetivo Impacto:</i> Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</p>	<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> Control de salud en adultos mayores (EMPAM) - con riesgo según COMGES 3 (prestación N°29) con una concentración de 1 prestación anual por enfermera. 	<p>(N° de EMPAM realizados a AM con riesgo / N° de EMPAM comprometidos según COMGES3) x100</p>	<p>REM A01 Sección C, celdas AF48 a AM48</p>		
	<p>Prevenir la mortalidad por NAC en la población de AM</p>	<p>7) Lograr cobertura de la vacunación neumocócica según lo comprometido en meta 2020 y COMGES3 (prestación N°45).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Lograr cobertura de vacunación neumocócica según meta 2020 (si/no)</p>	<p>Tarjetero de Vacunatorio. RNI</p>		
	<p>Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del AM.</p>	<p>8) Lograr cobertura de entrega de PACAM en población de 65 y más años de edad, según COMGES 3 (prestación N°44).</p>	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<p>(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</p>	<p>REM D16 Sección B, celda B24</p>		
							<p>Enfermera encargada de Vacunatorio</p>

Prob	Objetivo	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente del Indicador	Resultados / Mejora	Obs	R
Ciclo Vital: Adulto Mayor	Pérdida de funcionalidad del AM <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	9) Ingresar al 60% de los AM autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia según EMPAM vigente al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	<ul style="list-style-type: none"> 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 Kigo. 	(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.	<ul style="list-style-type: none"> 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	Caidas <i>Objetivo Impacto: Mejorar el estado funcional de los adultos mayores</i>	11) Mantener o disminuir el riesgo de caídas de los adultos mayores ingresados al Programa.	<ul style="list-style-type: none"> 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	
Ciclo Vital: Adulto Mayor	NAC <i>Objetivo Impacto: Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Infecciones respiratorias Agudas</i>	12) 90% de AM de 65 años y más atendidos antes de las 24 hrs luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> Atención kinésica dentro de las 24 hrs según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años Estimular registro en Rayen 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	u

<p>Ciclo Vital: Adulto Mayor (+Adulto +Infantil +Ad)</p> <p>Pacientes con Dependencia Severa</p>	<p>Prestar atención integral a pacientes con dependencia severa residentes en el área geográfica del CESFAM e inscritos en este.</p>	<p>13) Lograr que el 50% de usuarios con dependencia severa cuenten con VDI 1 (primer contacto en el año) y 30% con VDI 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>(Número de dependientes severos con una VDI-1/ Número total de dependientes severos bajo control) x100</p> <p>(Número de dependientes severos con una VDI-2/ Número total de dependientes severos bajo control) x100</p>	<p>Planilla de registro interno REM 26 sección B celda C48, C49.</p>		
	<p>Promover salud bucal en pacientes con dependencia severa mediante atención odontológica domiciliaria Objetivo Impacto: Dar mayor cobertura a población adulta y adulta mayor</p>	<p>14) Lograr altas odontológicas mediante atención domiciliaria de pacientes con dependencia severa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación desde equipo dependencia severa • Coordinación con ELEM • Solicitud de cuidadores 	<p>N° de pacientes dependientes severos de alta odontológica domiciliaria/ N° de pacientes con dependencia severa inscritos x 100</p>	<p>REM 09 REM 26</p>		
	<p>Brindar apoyo biosicosocial a los cuidadores de pacientes con dependencia severa y/o cáncer terminal</p>	<p>15) Aplicar pauta ZARIT abreviado al 80% de los cuidadores de pacientes con dependencia severa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<p>N° de cuidadores con pauta ZARIT aplicada / N° total de cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa x100</p>	<p>Numerador:REM A03 Sección D.6, celda C185 Denominador: P3 Sección B celda C43</p>	<p>A julio: 183</p>	<p>*** Problema de salud priorizado N° 8 para este ciclo vital, de acuerdo a planificación comunal</p>
		<p>16) Realizar EMPA o control CV al 75% de los cuidadores de pacientes con dependencia severa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • VDI • Derivación de cuidadores según corresponda (EMPA o control CV) 	<p>N° de cuidadores con EMPA o control CV vigente / N° total de cuidadores de pacientes del Programa Dependencia Severa x100</p>	<p>Planilla de registro interno de enfermeras</p>		

Ciclo Vital: Adulto Mayor		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	<ul style="list-style-type: none"> 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				
	DIAGNOSTICO	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).	<ul style="list-style-type: none"> 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 Trabaja
		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)	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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.	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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			
PREVENCIÓN	Actualizar factores de riesgo y protectores para la clasificación de las familias inscritas.	3) Evaluar y clasificar el riesgo de familias según instrumento local.	<ul style="list-style-type: none"> 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
PARTICIPACION	Incorporar la Participación Comunitaria a la planificación en salud	4) Mantener el diagnóstico participativo previo a la programación institucional	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	Diagnóstico participativo elaborado previo a la programación institucional. Si No	Informe del diagnóstico participativo			E. Participación
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	<ul style="list-style-type: none"> 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

	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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>N° de funcionarios con informe de dosimetría vigente / N° de funcionarios expuestos en el mismo período</p> <p>N de funcionarios con control médico anual / N de funcionarios expuestos durante un año</p>	<p>Planilla de control dosimétrico del ISP</p> <p>Carpeta sala RX</p>		Encuesta aplicada durante 2018 arroja resultados de riesgo psicosocial y musculoesquelético bajo, dando como resultado que la institución presenta riesgos biológicos y radiológicos.	Encargada Salud Laboral
		Fomentar el autocuidado en los funcionarios del CESFAM	2) Mantener o aumentar la oferta de actividades de autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Definir nuevas actividades de Autocuidado • Reflexionar con el equipo sobre el autocuidado 	<p>N de actividades implementadas</p> <p>N de participantes</p>				
	Accidentes	Mantener o disminuir el número de accidentes laborales respecto al año anterior	3) Implementar acciones para disminuir el número de accidentes	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2019 – N° de accidentes obtenidos el 2020	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	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar nómina de funcionarios expuestos inmunizados • Generar exigencia de la constancia de vacunación al ingreso al CESFAM • Vacunar a los funcionarios que No firmen el consentimiento de Hepatitis B • Solicitud examen del antígeno para funcionarios que no tengan respaldo de la vacunación, levantar registro de necesidad de esta estrategia. • Evaluar cumplimiento en personal externo. 	N° de funcionarios expuestos a fluidos corporales de riesgo inmunizados / N° total de funcionarios expuestos x100	Nómina de funcionarios expuestos inmunizados			
		Mejorar la cobertura de inmunización anti influenza 2017 ¿? para funcionarios 2017: 78%	5) Aumentar a una cobertura al 85% de funcionarios inmunizados contra la influenza 2020	<ul style="list-style-type: none"> • 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			

XVI. PROGRAMACIÓN 2021

COSAM

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL COSAM 2021

Los desafíos para COSAM Ñuñoa este 2020 han sido gigantes. Hemos reorganizado nuestro quehacer de forma permanente y dinámica, entendiendo siempre que nuestro deber es la atención de nuestros usuarios de la red de salud mental.

Frente a la contingencia de Pandemia y entendiendo nuestro rol desde la salud pública y salud mental, es que Cosam Ñuñoa ha elaborado estrategias para mantener de la mejor manera posible la continuidad de nuestras atenciones.

Los ejes transversales de nuestra propuesta institucional están asentados en:

- El cuidado de nuestros usuarios
- El cuidado de nuestros funcionarios
- Mantención del funcionamiento de nuestra institución

El desafío para este 2021 es permitir que estos tres ejes continúen dialogando permanentemente para dar continuidad de manera coherente a pesar de las dificultades que podamos encontrarnos en los contextos futuros. Que la continuidad que les podamos ofrecer a los tratantes sea un alivio frente a la incertidumbre.

Sabemos de la situación actual y hemos tomado como referencia países que ya están en etapas más avanzadas respecto a convivir con los contagios y las medidas para prevenirlos. También estamos en antecedentes respecto al costo que eso ha significado, reflejándose en la alta la demanda en salud mental. Esto no es en un tiempo más, esto ya lo estamos observando. Las tasas de suicidio se han elevado, así mismo las descompensaciones por cuadros de ansiedad y depresiones severas. Muchos de nuestros usuarios han sufrido de esas descompensaciones y parte importante de nuevos pacientes son derivados desde las urgencias de los Hospitales de la red, incrementando en más de un 30% el flujo desde la atención terciaria hacia atención secundaria. La coordinación con APS y el trabajo en nuestra red de salud mental comunal nos ayudan a enfrentar tal demanda, pero evidentemente vemos con prudencia el escenario de nuestro 2021.

Teniendo en cuenta nuestros ejes transversales, y en conjunto con la normativa vigente del SSMO basados en Ord. nº 2484 y nº 3381, es que hemos tenido que trabajar de la siguiente manera:

- Normas de autocuidado, protocolos de ingreso y manejo de pacientes y uso obligatorio de EPP
- Cuatro turnos de dos semanas cada uno. Se dividen en mañanas y tardes. Esto permite tener flujo de profesionales y pacientes de forma constante sin que se generen aglomeraciones.
- Nuevas agendas: se integra telemedicina a agenda electrónica y se programan nuevos rendimientos. En este sentido, tenemos un desfase por encontrarnos con rendimientos acordes al nuevo contexto, pero que no permiten cobertura programada en 2020. Las indicaciones implican tiempos para ventilación y aseo del box de atención en cada uso.
- Hemos aumentado en 15 minutos cada una de esas atenciones, previniendo así a los profesionales y a los usuarios de eventuales contagios.
- Programar además agendas mixtas, con trabajo presencial y de telemedicina, respaldando lo técnico con la normativa vigente.
- Se han limitado los boxes de atención, quedándonos exclusivamente con aquellos que tienen ventanas.
- Acondicionar cada una de las dependencias de nuestra institución.

Entendemos los desafíos que están por venir. La tecnología ha sido un aporte tremendo del cual nos hemos podido sustentar. Los tratamientos de salud mental se han visto particularmente beneficiados, pero no podemos olvidar nuestro contacto humano. Creemos que diversificar el tipo de atenciones nos da la posibilidad de tomar lo mejor de ambos mundos. Lo queremos seguir implementando, pero sin dejar de lado nuestra capacidad de resolver nuestra demanda. Es en este sentido que, como institución de especialidad, nos vemos desafiados a seguir buscando estrategias que permitan abarcar todas las solicitudes. Sabemos la relevancia de la salud mental, y más aún en estos tiempos. Queremos estar a la altura de las circunstancias. Esa es nuestra misión.

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	<ul style="list-style-type: none"> * 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. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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.) 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº reuniones realizadas</u> Nº reuniones programadas * <u>Nº de casos atendidos</u> * Nº de casos derivados de APS * Nº 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Consulta psiquiátrica * Consulta psicológica * Psicodiagnóstico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº de casos atendidos por Psiquiatra</u> Nº de casos derivados de APS

PROGRAMA DE ADOLESCENTES CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
3.- Atender al 100 % de las mujeres y hombres entre 14 y 18 años de edad que presenten diagnóstico de dependencia a drogas y alcohol de acuerdo a Protocolo. (Plan Ambulatorio Intensivo)	* Existencia de Protocolos de atención y de Referencia y contrarreferencia. * Mantener la oferta de prestaciones individuales y grupales para cada usuario del programa.	* Monitorear cumplimiento de normas de referencia y contrarreferencia. * Realizar Intervenciones según protocolo: -Intervención psicosocial de grupo -Psicoeducación -Psicoterapia Individual -Psicodiagnóstico, según corresponda. -Consulta de SM -Visita Domiciliaria, según corresponda.	* N° adolescentes atendidos según <u>protocolo y metas establecidas</u> N° adolescentes ingresados Cosam (Plan Ambulatorio Intensivo). * N° de adolescentes ingresados al Cosam y egresados con logros (mínimos, medios, altos) a nivel individual, familiar y de integración socio ocupacional.
4.- Fortalecer al programa de adicciones	* Coordinación intersectorial con equipos de Cefam 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 Cefam <u>R Renard y S Bustos</u> N° Reuniones Programadas * <u>N° Reuniones Org Sociales realizadas</u> N° Reuniones Programadas
5.- Otorgar tratamiento integral a las mujeres y hombres sancionados con la Ley de Responsabilidad Penal Juvenil 20.084 y que presenten dependencia al alcohol y drogas y que vivan en las comunas de Ñuñoa, Macul, Providencia y Las Condes	* Mantener y fortalecer la oferta de prestaciones individuales, familiares y grupales para cada usuario del programa según lo establecido en el convenio.	* Monitorear semanalmente a través de las reuniones técnicas el cumplimiento de las prestaciones y su efectividad.	* N° de adolescentes ingresados a Cosam sancionados con la Ley 20.084 y egresados con logros (mínimos, medios, altos) a nivel individual, familiar <u>y de integración socio ocupacional</u> N° de adolescentes ingresados a sancionados con la Ley 20.084 * N° de personas atendidas de acuerdo a protocolo y metas establecidas.
6.- Fortalecer el trabajo intersectorial con los organismos derivadores.	* Coordinación intersectorial con organismos derivadores.	* Mantener y fortalecer las reuniones mensuales con la red de infractores de ley zona oriente.	* N° Reuniones programadas con equipo 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.	<ul style="list-style-type: none"> * Coordinación intrasectorial con los equipos de CESFAM Rosita Renard y Salvador Bustos. * Potenciar el trabajo intersectorial con diferentes dispositivos de la red (OMIL, polideportivo, DIDECO, Depto de la mujer, Fundaciones, etc) para apoyar a los usuarios en el proceso de reinserción social y laboral. * Socializar protocolos de manejo de casos con equipo de salud, con definición de actividades y criterios de calidad (oportunidad, acceso y apoyo de equipo interdisciplinario) * Elaborar Plan individualizado de tratamiento para cada usuario * Mantener la oferta de prestaciones individuales y grupales necesarias para la ejecución del programa. * Fomentar la vinculación de los familiares con el Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> * Reunión técnica con los equipos de Salud Mental de CESFAM R Renard y S Bustos en instancia de consultoría, para dar a conocer el programa. * Reuniones con Organizaciones de la comuna y otros dispositivos. * Reuniones semanales de equipo * Atención integral y multiprofesional a los usuarios, según Plan individual de manejo. * Talleres a usuarios * Intervención Psicosocial de grupo * Visita domiciliaria * Consulta Salud Mental con diferentes profesionales * Reuniones con Familiares * Rescate telefónico y en domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº Reuniones Programadas</u> Nº Reuniones Realizadas * Nº de usuarios del Programa con atención protocolizada y con criterio de calidad. Total usuarios del Programa * <u>Nº Reuniones Programadas</u> Nº Reuniones Realizadas
8.- Otorgar atención al 100% de la demanda derivada al Programa de Rehabilitación Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> * Dar cumplimiento al Protocolo de manejo y Flujograma de atención. * Evaluar la adecuada distribución de las agendas profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> * 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 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº de usuarios atendidos</u> * Nº de usuarios referidos a COSAM al Programa de Rehabilitación psicosocial * Nº de usuarios derivados a otras instancias de la Red. * Nº usuarios en Lista de Espera.
9.- Apoyar al programa de detección, tratamiento y rehabilitación de pacientes con primer episodio de EQZ, mayores de 15 años.	<ul style="list-style-type: none"> * Atención clínica de los casos pesquisados según flujograma. * Intervención psicosocial (individual o grupal) del paciente y su familia. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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 	<ul style="list-style-type: none"> * Nº de pacientes con sospecha de EQZ 1er brote derivados desde CESFAM. * Nº de usuarios diagnosticados en COSAM (1er brote). * Nº de usuarios diagnosticados derivados desde otras instancias de la red.

PROGRAMA DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
11.-Intervenir al 100% de víctimas de VIF referidos desde Juzgados, Cefsam u otras instituciones	<ul style="list-style-type: none"> * Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefsam u otras instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº casos atendidos en COSAM</u> Nº casos derivados a COSAM * <u>Nº casos alta</u> Nº casos atendidos * <u>Nº informes emitidos</u> Nº casos atendidos * <u>Nº reuniones realizadas</u> Nº reuniones programadas
12.-Intervenir al 100% de los agresores referidos por la ley 19.325 derivados desde Juzgados, Cefsam u otras instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> * Intervención clínica * Trabajo en red * Coordinación intra / intersectorial con Tribunales, Fiscalía, Cefsam u otras instituciones. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº casos atendidos en COSAM</u> Nº casos derivados a COSAM * <u>Nº casos alta</u> Nº casos atendidos * <u>Nº informes emitidos</u> Nº casos atendidos * <u>Nº informes emitidos</u> Nº casos atendidos
13.- Evaluación Psiquiátrica al 100% de los casos derivados con diagnóstico de Depresión Severa o TAB	<ul style="list-style-type: none"> * Atención por duplas Psiquiatra-Psicóloga para proceso diagnóstico y plan de manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Primera evaluación de dupla Psiquiatra Psicólogo para confirmar o descartar criterios de ingreso * Segunda evaluación de dupla Psiquiatra Psicólogo para elaborar hipótesis diagnóstica y plan de tratamiento. * Consulta Psiquiátrica * Farmacoterapia * Consulta Psicológica * Psicodiagnostico * Psicoterapia individual * Psicoterapia grupal * Consulta de salud mental por otro profesional (A.S. TO) * Reuniones clínicas con equipo técnico 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Nº casos atendidos como Depresión severa</u> Nº casos derivados por la red * <u>Nº de casos contrareferidos a APS</u> Nº casos derivados a COSAM * <u>Nº casos confirmados como Dep. Severa</u> Nº casos derivados a COSAM * <u>Nº de casos dados de alta</u> Nº casos ingresados a tratamiento * <u>Nº reuniones realizadas</u> Nº reuniones programadas
14.- Atención al 100% de los casos confirmados como TAB o Depresión Severa que ingresan a COSAM	<ul style="list-style-type: none"> * Coordinación con APS para la unificación de criterios de derivación * Intervención sociocomunitaria (Biopsicosocial) 		
15.-Conocer el porcentaje de casos ingresados a tratamiento que son dados de alta.	<ul style="list-style-type: none"> * Capacitación 		

PROGRAMA DE DROGAS ADULTO.			
METAS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	INDICADORES
16.- Evaluación al 100 % de las personas que tengan desde 20 años de edad, derivadas desde la APS al programa de tratamiento por Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, con Compromiso Bio-psico-social severo (PPV).	* Actualización en criterios de inclusión y flujograma de atención.	* Revisión de derivaciones según flujograma de atención. * Indicación de Plan Ambulatorio Básico Plan Ambulatorio Intensivo o derivación a comunidad terapéutica residencial, según corresponda	* N° personas >20 años evaluadas en Programa de tratamiento Consumo problemático alcohol y drogas, con el con compromiso BPS de leve a moderado N° personas derivadas desde APS
17.- Atención a 26 personas, que tengan desde 20 años de edad, referidos al Cosam, con un perfil de Consumo Perjudicial o Dependencia al consumo de alcohol y/o drogas(CIE 10), de acuerdo a Convenio Fonasa – SENDA - Minsal. (Planes de Tratamiento Ambulatorio Básico y planes de Tratamiento Ambulatorio Intensivo).	* Aplicación de Norma Técnica de alcohol y drogas para la Atención Secundaria * Coordinación y capacitación para equipo del Programa de Drogas en relación a las prestaciones del Plan de Tratamiento.	* Realizar Intervenciones según protocolo: -Intervención psicosocial de grupo -Intervención familiar -Psicoeducación -Psicoterapia Individual -Psicoterapia Grupal -Psicodiagnóstico, según corresponda. Consulta de salud mental con objetivos específicos determinados por profesional interventor. -Visita Domiciliaria, según corresponda. * Reuniones técnicas semanales y talleres de capacitación para equipo en diagnóstico y manejo según protocolo de atención.	* N° persona >20 años ingresadas a TTO PAB N° personas ingresadas aTTO 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

XVII. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA CESFAM SALVADOR BUSTOS Y CUÑ

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2021 POR CICLO VITAL. CESFAM SALVADOR BUSTOS									
MÉDICO	1512.3	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	6	100%	6	1	6	1	6.0	0.1
	INGRESO PREMATURO MOD Y T	5	100%	5	1	5	1	5.0	0.1
	CONTROL SANO 1 MES	201	100%	201	1	201	1	201	4.7
	CONTROL SANO 3 MES	276	100%	276	1	276	1	276	6.4
	INGRESO IRA	110	100%	110	1	110	1	110	2.6
	CONTROL IRA REMOTO	417	90%	375	2.5	938	2	469.1	10.9
	CONTROL IRA DESCOMPENSADO PRESENCIAL	417	15%	63	2	125	1	125.1	2.9
	CONTROLES MEDICOS SALUD MENTAL, DEL CICLO TOTAL	4888	10%	489	3	1466	2	733.2	17.1
	MORBILIDAD INFANTO ADOLESCENTE. AGREGAR TELEFONICA	6234	38%	2369	1	2369	3	789.6	18.4
	MORBILIDAD INFANTO ADOLESCENTE. AGREGAR VD	6234	1%	62	1	62	0.8	77.9	1.8
	MORBILIDAD INFANTO ADOLESCENTE PRESENCIAL	6234	100%	6234	1.3	8104	2	4052.1	94.2
								6845	159.2
ODONTOLOGÍA	771.1	POBLACION INSCRITA	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS CON CEOD= CERO	885	60%	531	1	531	2	265.5	6.2
	TALLER (TELE) ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EMBARAZADAS	305	40%	122	1	122	2	61	1.4
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS	2705	50%	1353	4	5410	1.5	3607	83.9
	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS	1508	35%	528	1	528	2	264	6.1
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	3000	100%	3000	1	3000	30	100.0	2.3
	TRATAMIENTO GES 6 AÑOS	298	79%	235	3	706	1.5	470.8	10.9
	CONTROL ODONTOLÓGICO ADOLESCENTE 10 A 19 AÑOS	3539	25%	885	1	885	1	884.8	20.6
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS	336	50%	168	4	672	1.5	448	10.4
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IV MEDIOS	300	100%	300	4	1200	1.5	800	18.6
								6901	160.5

ENFERMERÍA	953.3	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROL SANO 2 M	276	100%	276	1	276	1	276	6.4
	CONTROL SANO 4M	276	100%	276	1	276	1	276	6.4
	CONTROL SANO 6 MESES	276	100%	276	1	276	1	276	6.4
	CONTROL SANO 8 M	276	100%	276	1	276	1	276	6.4
	CONTROL SANO 12 M	272	100%	272	1	272	1	272	6.3
	CONTROL SANO 18 M	272	100%	272	1	272	1.5	181	4.2
	CONTROL SANO 2 AÑOS	288	90%	259	1	259	1	259	6.0
	CONTROL SANO 3 AÑOS	288	90%	259	1	259	1	259	6.0
	CONTROL SANO 4 AÑOS	228	90%	205	1	205	1	205	4.8
	CONTROL SANO 5 AÑOS	227	80%	182	1	182	1	182	4.2
	CONTROL SANO 6-9 AÑOS	901	45%	405	1	405	1	405	9.4
	CONTROL SANO ADOLESCENTE	301	100%	301	1	301	1	301	7.0
	CONSULTA TELEFONICA	4224	50%	2112	1	2112	4	528	12.3
	PERFIL DE NIÑOS (3-19 AÑOS)	1945	3.5%	68	3	204	2	102	2.4
	CONTROL SANO PREMATURO EXTREMO	6	100.0%	6	4	24	1	24	0.6
								3823	88.9
MATRONA	645.3	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	INGRESO DE EMBARAZO	305	100%	305	1	305	0.85	359	8.3
	CONTROL DE EMBARAZO	305	100%	305	7	2135	1	2135	49.7
	TALLER CUIDADO EMOCIONAL	305	80%	244	1	244	2	122	2.8
	TALLER DE PARTO MATRÓN/A	305	80%	244	1	244	2	122	2.8
	TALLER DE LACTANCIA Y CUIDADOS DEL RN MATRONA	305	80%	244	1	244	2	122	2.8
	TALLER ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA EMBARAZADAS	305	40%	122	1	122	2	61	1.4
	MORBILIDAD OBSTETRICA	305	45%	137	1	137	2	69	1.6
	VISITAS EMBARAZO RIESGO (DEL SECTOR)	118	100%	118	1	118	0.8	148	3.4
	CONTROL POST PARTO Y POST ABORTO	40	100%	40	1	40	1	40	0.9
	CONTROL DIADA	200	100%	200	1	200	0.66	303	7.0
									3480

NUTRICIÓN	444.4	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONSULTA RD<6a	68	100%	68	3	204	1.3	157	3.6
	CONSULTA D<6a	4	100%	4	3	12	1.3	9	0.2
	CONSULTA SP<6a	243	60%	146	3	437	1.3	336	7.8
	CONSULTA OB <6a	81	50%	41	3	122	1.3	93	2.2
	CONS BAJO PESO de 6-9a	34	50%	17	3	51	1.3	39	0.9
	CONS MALNUT EXCESO DE 6-9a	168	40%	67	3	202	1.3	155	3.6
	TELECONSULTA LACT MATERNA	200	100%	200	1	200	1	200	4.7
	CONSULTA LACT MATERNA DE ALERTA	1012	3.0%	30	2	61	1	61	1.4
	CONSULTA LACTANCIA MATERNA DE SEGUIMIENTO (15 DIAS)	200	100%	200	1	200	1	200	4.7
	REMOTO CONTROL SANO 3 M	276	80%	221	1	221	1	221	5.1
	CONTROL SANO 5 M	276	85%	235	1	235	1.3	180	4.2
	CONTROL SANO 3a 6m CONFECCION Y ENTREGA DE MATERIAL	288	80%	230	1	230	50	5	0.1
	CONSULTA PREMATURO EXTREMO	6	100%	6	1	6	1.3	5	0.1
	CONSULTA NUTRIC ADOLESCENTE	301	40%	120	1	120	1.3	93	2.2
	TELECONTROL EMBARAZADAS SOBREPESO	42	50%	21	3	63	1	63	1.5
	TELECONTROL EMBARAZADAS OBESAS	49	100%	49	5	245	1	245	5.7
	TELECONTROL EMBARAZADAS BAJO PESO	4	100%	4	5	20	1	20	0.5
	TELETALLER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	305	40%	122	1	122	2	61	1.4
	DIABETES GESTACIONAL INGRESO	60	100%	60	1	60	1	60	1.4
	DIABETES GESTACIONAL TELECONTROL	60	100%	60	2.5	150	1	150	3.5
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1.3	38.5	0.9
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1.2
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10.0	0.2
								2452	57.0

KINESIOLOGÍA	466.2	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	INGRESO AGUDO NIÑO Y ADOLESCENTE	321	65%	209	1	209	1	209	4.9
	SEGUIMIENTO AGUDO NIÑO Y ADOLESC	321	65%	209	4	835	1.3	642	14.9
	VIDA SANA	50	100%	50	96	4800	5	960	22.3
	PREINGRESO KINESIOLOGO REMOTO	110	100%	110	1	110	2	55	1.3
	CONTROL REMOTO SCORE M y G (DEL SECTOR)	246	95%	234	1	234	2	117	2.7
	CONTROL REMOTO CRONICO RESP DESCOMP (DEL SECTOR)	417	15%	63	1	63	2	31	0.7
	SESION EDUCATIVA REMOTA INDIVIDUAL PARA CRONICOS RESP	417	95%	396	1	396	2	198	4.6
								2014	46.8
PSICOLOGÍA	289.0	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	CONTROLES DE SALUD POR PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS (3)	287	100%	287	6	1722	1.3	1325	30.8
	COMISION MIXTA REMOTA	30	100%	30	8	240	15	16	0.4
	TRIAGE INFANTIL REMOTO	287	10%	29	1	29	2	14	0.3
	TRIAGE ADOLESCENTE REMOTO	450	10%	45	1	45	2	23	0.5
	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO	46	28%	13	40	515	1	515	12.0
	TALLER REMOTO DE CUIDADO EMOCIONAL PARA EMBARAZADAS	305	80%	244	1	244	1	244	5.7
	CONTROLES DE SALUD POR PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES	450	30%	135	4	540	1.3	415	9.7
	CONSULTORIA INFANTO JUVENIL	737	25%	184	1.5	276	3	92	2.1
	LINEA TELEFONICA	115	100%	92	1	92	1	92	2.1
								2736	63.6
ASISTENTE SOCIAL	340.6	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	VISITA DOMICILIARIA DESNUTRIDOS	4	100%	4	1	4	1	4	0.1
	VISITA DOM PREMATURO EXTREMO	10	25%	3	1	3	1	3	0.1
	PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO	46	50%	23	23.5	541	0.5	1081	25.1
	CONSULTA NIÑO Y ADOLESCENTES REMOTA	6244	6%	375	1	375	1.3	288	6.7
	VISITA DOMICILIARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	243	20%	49	1	49	0.8	61	1.4
								1436	33.4

EDUCACIÓN DE PÁRVULOS ATENCIÓN REMOTA	17.5	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	INGRESO POR ALTERACION DE LOS HITOS DEL DESARROLLO	179	90%	161	1	161	1	161	3.7
	CONTROL POR ALTERACIÓN DE LOS HITOS DEL DESARROLLO	179	90%	161	6	967	2	483	11.2
	CONTROL PRESENCIAL POR ALTERACIÓN DE LOS HITOS DEL DESARROLLO	179	10%	18	1	18	0.66	27	0.6
	ED DSM 6 A 12 M y TALLER DE LENGUAJE REMOTO	276	90%	248	1	248	6	41	1.0
	ED DSM 0 A 3 M y TALLER MOTOR REMOTO	276	90%	248	1	248	6	41	1.0
								754	17.5

MÉDICO		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PSCV MEDICO DE 15 Y MAS CON PATOL CVC PRESENCIAL	9146	70%	6402	1	6402	1.3	4925	114.5
	CONTROL PSCV MEDICO DE 15 Y MAS CON PATOL CVC TERRENO	3351	70%	2346	1	2346	1	2346	54.6
	DESCOMPENSADOS PSCV	4676	40%	1870	1.5	2806	2	1403	32.6
	CONTROL MEDICO ERA PRESENCIAL	1167	70%	817	2	1634	1.3	1257	29.2
	CONTROL MEDICO ERA TERRENO	1167	30%	350	2	700	1	700	16.3
	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO Y ADULTO MAYOR	32435	100%	32435	1.2	38922	2	19461	452.6
	VD MEDICA COVID	3500	100%	3500	1	3500	0.8	4375	101.7
	ATENCION MEDICA GENERAL TELEFONICA	32435	25%	8109	1	8109	2	4054	94.3
	CONSULTA MEDICA CV TELEFONICA	12497	13%	1625	1.5	2437	3	812	18.9
	TRIAGE BARRERA	38443	100%	38443	1	38443	24	1602	37.3
	VISITA DOMICILIARIA PRIMER CONTACTO (PADPDS)	500	100%	500	1	500	0.8	625	14.5
	CONSULTA MEDICO DEP SEVERO CON PATOL. AGUDA	500	60%	300	9	2700	0.8	3375	78.5
								44935	1045.0

ODONTOLOGÍA		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EMBARAZADAS	287	70%	201	4	804	1.5	536	12.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 60 AÑOS	210	100%	210	6	1260	1.5	840	19.5
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	2	7680	1.5	5120	119.1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PACIENTE DEP SEVERA	500	30%	150	2	300	0.8	375	8.7
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MAS SONRISAS	140	100%	140	4	560	1.5	373	8.7
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIABÉTICOS	3648	50%	1824	4	7296	1.5	4864	113.1
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NO PRIORITARIA	32158	17%	5306	4	21224	1.5	14150	329.1
								26258	610.6

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 PRESENCIAL	3999	15%	600	2	1200	2	600	14.0
	PERFILES ADULTO TERRENO	3999	5%	200	2	400	0.8	500	11.6
	INGRESO ADULTO PSCV	361	100%	361	1	361	1	361	8.4
	INGRESO AM PSCV PRESENCIAL	795	80%	636	1	636	1	636	14.8
	INGRESO AM PSCV TERRENO	795	20%	159	1	159	0.8	199	4.6
	CONTROL ADULTO PSCV	2400	60%	1440	1	1440	1	1440	33.5
	CONTROL AM PSCV PRESENCIAL	4010	63%	2526	1	2526	1	2526	58.8
	CONTROL AM PSCV TERRENO	2937	58%	1703	1	1703	0.8	2129	49.5
	CONSEJERIA DE INSULINOTERAPIA PRESENCIAL	150	80%	120	1	120	1	120	2.8
	CONSEJERIA DE INSULINOTERAPIA TERRENO	150	20%	30	1	30	0.8	38	0.9
	SEGUIMIENTO AUTOMONITOREO INSULINOTERAPIA	499	100%	499	4	1996	2	998	23.2
	INGRESO AM SIN PATOL CV (SANO) PRESENCIAL	1980	5%	99	1	99	1	99	2.3
	INGRESO AM SIN PATOL CV (SANO) TERRENO	1980	3%	59	1	59	0.8	74	1.7
	CONTROL AM SIN PATOLOGIA CV PRESENCIAL	1115	20%	223	1	223	1	223	5.2
	CONTROL AM SIN PATOLOGIA CV TERRENO	1115	15%	167	1	167	0.8	209	4.9
	CONSULTA CV TELEFONICA	12497	9%	1125	1.5	1687	3	562	13.1
	VDI POB DEP SEVERA	500	100%	500	1	500	0.8	625	14.5
	VDI SEGUNDO CONTACTO (PADPDS)	500	50%	250	1	250	0.8	313	7.3
	VISITA PADPDS CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	500	75%	375	2	750	1.3	577	13.4
	VISITA POSTRADO SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, T. INVASIVO	90	100%	90	40	3600	0.8	4500	104.7
PROGRAMA MÁS	538	100%	538	24	12912	15	861	20.0	
								17590	409.1

MATRONA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	INICIO DE MAC R. FECUND.	810	100%	810	1	810	2	405	9.4
	ANTIGUOS CONTROL REG. FECUND. PRESENCIAL	5039	35%	1764	1	1764	1.5	1176	27.3
	ANTIGUOS CONTROL REG. FECUND. REMOTO	5039	35%	1764	1	1764	1.5	1176	27.3
	INSERCIÓN DE IMPLANTE ANTICONCEPTIVO	155	100%	155	1	155	1.2	129	3.0
	RECAMBIO Y EXTRACCIÓN DE IMPLANTE	110	100%	110	1	110	1.2	92	2.1
	CONTROL GINECOLÓGICO	5619	36%	2023	2	4046	1.5	2697	62.7
	CONTROL CLIMATERIO	2244	28%	628	1	628	1.5	419	9.7
	MORBILIDAD GINECOLÓGICA	1480	100%	1480	1	1480	2	740	17.2
	CONSULTA PAE	92	100%	92	1	92	3	31	0.7
	CONSULTA ABREVIADA	2759	100%	2759	1	2759	3	920	21.4
	TRIAGE	39484	35%	13819	1	13819	4	3455	80.3
	CONSULTA ABREVIADA REMOTA	1800	90%	1620	1	1620	2	810	18.8
	TEST RÁPIDO VIH	490	100%	490	1	490	2	245	5.7
PAP	11774	69.0%	8124	1	8124	2	4062	94.5	
								16356	380.4

NUTRICIÓN		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL DESCOMPENSADO PSCV PRESENCIAL	12497	30%	3749	1	3749	1.3	2884	67.1
	CONTROL DESCOMPENSADO PSCV TERRENO	12497	10%	1250	1	1250	0.8	1562	36.3
	CONSEJERÍA DE INSULINOTERAPIA PRESENCIAL	150	80%	120	1	120	1	120	2.8
	CONSEJERÍA DE INSULINOTERAPIA TERRENO	150	20%	30	1	30	0.8	38	0.9
	INGRESO ADULTO PSCV	361	100%	361	1	361	1	361	8.4
	INGRESO AM PSCV PRESENCIAL	434	80%	347	1	347	1	347	8.1
	INGRESO AM PSCV TERRENO	209	20%	42	1	42	0.8	52	1.2
	VIDA SANA CONSULTA DE INGRESO	50	100%	50	1	50	1.3	38	0.9
	VIDA SANA CONTROLES	50	100%	50	2	100	2	50	1.2
	VIDA SANA TALLER	50	100%	50	5	250	25	10	0.2
	CONTROL MALNUTRIDOS POR EXCESO 20 A 64 AÑOS	2863	25%	716	3	2147	1.3	1652	38.4
	CONSULTA AM MALNUTRIDOS POR DEFICIT PRESENCIAL	1089	30%	327	3	980	1.3	754	17.5
	CONSULTA AM MALNUTRIDOS POR DEFICIT TERRENO	1089	20%	218	3	653	0.8	817	19.0
	TALLER CUIDADORES DE PACIENTES DEP SEVERO	20	100%	20	1	20	10	2	0.0
VDI DEP SEVERO CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA	15	100%	15	3	45	0.8	56	1.3	
								8743	203.3

KINESIOLOGÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL ERA	1167	50%	584	2	1167	1	1167	27.1
	CONSULTA ERA	340	100%	340	1	340	1.3	262	6.1
	INGRESO/REINGRESO PATOLOGIA AGUDA PAC ERA	374	100%	374	1	374	1	374	8.7
	SEGUIMIENTO PATOLOGIA AGUDA PAC ERA	374	100%	374	4	1496	1	1496	34.8
	VISITA DOM FALLECIDO NAC	35	100%	35	1	35	0.8	44	1.0
	VISITA DOMIC OXIGENO DEP	35	100%	35	4	140	0.8	175	4.1
	ESPIROMETRIA	1000	100%	1000	1	1000	1	1000	23.3
	TEST DE MARCHA EPOC	509	15%	76	1	76	2	38	0.9
	AYUDAS TECNICAS A DOMICILIO	240	100%	240	1	240	0.8	300	7.0
	VDI POBL DEP SEVERO	500	100%	500	1	500	0.8	625	14.5
	VDI PADPDS SEGUNDO CONTACTO	500	40%	200	1	200	0.8	250	5.8
	CONTROL DEP NO SEVERO	168	50%	84	1	84	0.8	105	2.4
	SEGUIMIENTO PADPDS PATOLOGIA RESP AGUDA	256	100%	256	6	1536	1	1536	35.7
	SEGUIMIENTO PADPDS PATOLOGIA MOTORA	126	100%	126	8	1008	1	1008	23.4
	INGRESO RHB >55AÑOS	986	100%	986	1	986	1	986	22.9
	SESION KINE RHB >55A	986	80%	789	10	7888	1.3	6068	141.1
	CONSULTA AYUDAS TECNICAS BASTON y OTROS	650	100%	650	1	650	2	325	7.6
	VIDA SANA	50	100%	50	76	3800	7	543	12.6
	PROGR MÁS	538	100%	538	24	12912	15	861	20.0
	MAF INGRESO	1115	10%	112	2	223	1	223	5.2
CLASE EJERCICIO FISICO	220	10%	22	24	528	1	528	12.3	
IVADEC	80	100%	80	1	80	1	80	1.9	
								17993	418.4

PSICOLOGÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	TELECONSULTA DE SALUD MENTAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	4111	32%	1295	8	10360	1.3	7969	185.3
	TRIAGE DE SALUD MENTAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	4111	4%	164	2	329	2	164	3.8
	TELETALLER DEPRESIÓN	4111	5%	206	8	1644	10	164	3.8
	CONSULTORIA DE PSIQ ADULTO	4111	7%	288	1.5	432	1.3	332	7.7
	VIDA SANA	50	100%	50	7	350	1.4	250	5.8
	PROGRAMA DIR	4111	4.5%	185	4	740	2	370	8.6
	LINEA TELEFONICA	269	100.0%	269	1	269	1	269	6.3
	TELETALLER TRASTORNO DEL ANIMO ADULTO MAYOR	986	7%	69	6	414	5	83	1.9
	PROGRAMA MÁS	538	100%	538	1	538	15	35.9	0.8
								9638	224.1

ASISTENTE SOCIAL		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA SOCIAL EMBARAZADAS DE RIESGO	118	15%	18	1	18	2	8.85	0.2
	VISITAS DOMICILIARIAS EMBARAZADAS EN RIESGO (DEL SECTOR)	118	25%	30	1	30	0.8	36.9	0.9
	CONSULTA SOCIAL DEP SEVERA REMOTO	500	40%	200	1	200	1.3	153.8	3.6
	CONSULTA SOCIAL PAC CON OTRA DEPENDENCIA REMOTO	440	100%	440	2	880	1.3	676.9	15.7
	CONSULTA SOCIAL ESPONTANEA	28927	29%	8389	1	8389	2.5	3355.5	78.0
	PRIMER CONTACTO, VISITA DOMICILIARIA, PROGRAMA DEPENDIENTE SEVERO REMOTO	400	100%	400	1	400	1	400.0	9.3
	PRIMER CONTACTO, VISITA DOMICILIARIA, PROGRAMA DEPENDIENTE SEVERO TERRENO	100	100%	100	1	100	0.8	125.0	2.9
	ATENCION SOCIAL FAMILIA EN RIESGO	10730	15%	1610	1	1610	2	804.8	18.7
	VISITAS DOMICILIARIAS FAMILIA EN RIESGO	1610	10%	161	1	161	0.8	201.3	4.7
	TELETRABAJO COMUNITARIO	38454	10%	3845	2.35	9037	25	361.5	8.4
	ATENCIONES USU INGRESO PRESENCIAL Y VIRTUAL	2400	100%	2400	1	2400	1	2400	55.8
	GESTION DE USU	335	100%	335	5	1675	2	837.5	19.5
	OTRAS ATENCIONES USU DIGITAL	38,454	30%	11536.2	1	11536.2	3	3845.4	89.4
									13207.394

PODOLOGÍA	71.9	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PODOLOGIA DM	1819	40%	728	3	2183	1	2183	50.8
	PODOLOGIA EN DOMICILIO DM	606	40%	242	3	727	0.8	909	21.1
								3092	71.9

TÉCNICO PARAMÉDICO	834.8	POBLACIÓN BAJO CONTROL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	VISITA DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, EXAMENES	500	25%	125	2	250	1	250	5.8
	VISITA DEP SEVERO CON FINES DE TRATAMIENTO, CURACIONES	40	100%	40	48	1920	0.8	2400	55.8
	POLI DESCOMP HTA	9724	25%	2431	2	4862	3	1621	37.7
	EMP	17362	15.0%	2604	1	2604	2	1302	30.3
								5573	129.6

QUIMICO FARMACEUTICO	5.8	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA PACIENTE CV CON MALA ADHERENCIA	12497	4%	500	1	500	2	250	5.8
								250	5.8

TÉCNICO DENTAL RAYOS	62.6	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	RAYOS DENTAL	38454	10.5%	4038	4	16151	6	2692	62.6
								2692	62.6

PROMOCIÓN LOCAL

MES DEL CORAZON	1.5	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° 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	1.5

MES ANIVERSARIO COMUNAL	0.9	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° 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	6.7	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	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	1.2
	ENFERMERA 2	2	100%	2	12	24	0.67	36	0.8
	ADMINISTRATIVO	2	100%	2	12	24	0.67	36	0.8
	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	0.8
	TENS	1	100%	1	12	12	0.67	18	0.4
								287	6.7

PROGRAMACION NUMÉRICA UDP									
ENFERMERA	61.5		MEDICO	34.0		TENS	705.2		

VACUNATORIO	TENS	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
SIN CAMPAÑAS	2 MESES A 12 MESES	6089	29.0%	1766	4	7063	4	1766	41.1
	18 MESES	1579	25.0%	395	1	395	4	99	2.3
	EMBARAZADAS 28 SEMANAS	2802	15.0%	420	1	420	4	105	2.4
	ADULTO DE 65 AÑOS Y MÁS	2322	75.0%	1742	1	1742	4	435	10.1
	OTRAS ATENCIONES	2395	58.0%	1389	3.5	4862	4	1215	28.3
	EN TERRENO	7168	1.0%	72	1	72	4	18	0.4
								3638	84.6

VACUNATORIO	ENFERMERA	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
TOTAL		58318	1.0%	583	5.5	3207	4	802	18.6
								802	18.6

VACUNATORIO	TENS	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CON CAMPAÑA	INFLUENZA	81287	45%	36579	1	36579	10	3658	85.1
	ESCOLAR	11839	57%	6748	1	6748	10	675	15.7
	OTRA CAMPAÑA	7579	100%	7579	1	7579	10	758	17.6
	DOMICILIO 80 Y MÁS	5324	100%	5324	1	5324	5	1065	24.8
								6155	143.1

CURACIONES		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	TENS	38454	4.0%	1538	8	12305	2	6153	143.1
	TENS TERRENO	38454	1.2%	461	8	3692	1	3692	85.9
	ENFERMERA	3453	2.8%	97	20	1934	1	1934	45.0
	ENFERMERA TERRENO	3453	2.0%	69	20	1381	1	1381	32.1
								13159	306.0

CIRUGÍA MENOR		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	MÉDICO evaluación	34482	2.8%	965	1	965	3	322	7.5
	MÉDICO CIRUGÍA	953	70%	667	1	667	1	667	15.5
	MÉDICO control CIRUGÍA	681	100%	681	2	1362	3	454	10.6
	TENS cirugía	681	100%	681	1	681	1	681	15.8
	TENS curación	681	100%	681	1	681	3	227	5.3
								2351	54.7

ELECTROCARDIOGRAMA	TENS	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	EN TERRENO, 80 Y MÁS	4218	50%	2109	1.1	2320	1	2320	54.0
UDP	EN CESFAM	30264	17%	5145	1.1	5659	2	2830	65.8
								5150	119.8

INYECTABLE	TENS	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP		34482	10%	3448	2	6896	4	1724	40.1
								1724	40.1

INSTALACIÓN Sonda FOLEY		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	TENS	15	100%	15	12	180	2	90	2.1
	ENFERMERA	12	100%	12	12	144	2	72	1.7
	ENFERMERA TERRENO	3	100%	3	12	36	1	36	0.8
								198	4.6

INSTALACIÓN TTO EV	ENFERMERA	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP		4	100%	4	12	48	2	24	0.6
								24	0.6

TUBERCULOSIS		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
TBC PULMONAR	MEDICO	4	100%	4	6	24	2	12	0.3
	MEDICO TERRENO	4	100%	4	6	24	2	12	0.3
	ENFERMERA	4	100%	4	3	12	2	6	0.1
	ENFERMERA TERRENO	4	100%	4	3	12	2	6	0.1
	TENS	4	100%	4	88	352	2	176	4.1
	TENS TERRENO	4	100%	4	88	352	2	176	4.1
								388	9.0

TUBERCULOSIS		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
TBC LATENTE, QUIMIOPROFILAXIS	MEDICO	6	100%	6	3	18	2	9	0.2
	MEDICO TERRENO	6	100%	6	3	18	2	9	0.2
	ENFERMERA	6	100%	6	2	12	2	6	0.1
	ENFERMERA TERRENO	6	100%	6	2	12	2	6	0.1
	TENS	6	100%	6	11	66	1	66	1.5
	TENS TERRENO	6	100%	6	11	66	1	66	1.5
								162	3.8

LAVADO DE OÍDOS	TENS	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP		34482	0.8%	276	2	552	2	276	6.4
								276	6.4

TOMA DE MUESTRA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	TENS	38940	52.0%	20249	2	40498	31	1306	30.4
	TENS TERRENO	38940	1.0%	389	3	1168	3	389	9.1
	ENFERMERA	38940	5.0%	1947	3	5841	14	417	9.7
	ENFERMERA TERRENO	38940	1.0%	389	3	1168	3	389	9.1
								2502	58.2

TOMA DE TACO		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACION A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
UDP	TENS	350	8.0%	28	8	224	4	56	1.3
	TENS TERRENO	350	28.0%	98	8	784	5	157	3.6
	ENFERMERA	350	15.0%	53	1	53	1	53	1.2
								265	6.2

TECNÓLOGO MÉDICO	59.4	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROCEDIMIENTOS	59299	4.4%	2609	2	5218	5	1044	24.3
	CONSULTAS OFTALMOLÓGICAS TM	59299	1.6%	919	1	919	5	184	4.3
	VICIO REFRACCIÓN MENOR 65 AÑOS	40001	8%	3200	1	3200	2	1600	37.2
	VICIO REFRACCIÓN MAYOR 65 AÑOS	19298	8%	1544	1	1544	2	772	18.0
								2556	59.4

OFTALMÓLOGO	13.9	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL GLAUCOMA	520	66%	343.2	1	343.2	6	57	1.3
	VICIO REFRACCIÓN MAYOR 65 AÑOS	19298	3%	578.94	1	578.94	6	96	2.2
	CONSULTA OFTALMOLÓGICA	59299	5%	2668.455	1	2668.455	6	445	10.3
								598	13.9

MÉDICO		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
EPIDEMIOLOGÍA	NOTIFICACIÓN POSITIVO CUÑ	3000	100%	3000	1	3000	2	1500	34.9
	INVESTIGACIÓN FONASA E ISAPRE	1000	100%	1000	1	1000	3	333	7.8
	VALIDACIÓN BAC DEL DÍA	10000	100%	10000	1	10000	6	1667	38.8
	LICENCIA MÉDICA	2460	100%	2460	1	2460	3	820	19.1
	VALIDACIÓN CASOS PROBABLES	1640	100%	1640	1	1640	6	273	6.4
	VISITA DOMICILIARIA OCTAVO DÍA	820	100%	820	1	820	0.8	1025	23.8
	VISITA EPIDEMIOLOGICA	4000	100%	4000	1	4000	0.8	5000	116.3
	GESTIÓN RESIDENCIA SANITARIA	4000	50%	2000	1	2000	4	500	11.6
	INVESTIGACIÓN CONTACTOS ESTRECHOS DERIVADOS EPIVIGILA	2000	100%	2000	1	2000	3	667	15.5
								11785	274.1

ENFERMERA / OTROS		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
EPIDEMIOLOGÍA	NOTIFICACIÓN POSITIVO CUÑ/BAC	164	100%	164	1	164	2	82	1.9
	SEGUIMIENTO DE POSITIVO O PROBABLES	4000	100%	4000	5	20000	2	10000	232.6
	SEGUIMIENTO DE CONTACTOS ESTRECHOS	12000	100%	12000	3	36000	3	12000	279.1
	PRIMERA LLAMADA	10000	100%	10000	1	10000	3	3333	77.5
	NOTIFICACIÓN DE NEGATIVOS	8000	100%	8000	1	8000	4	2000	46.5
	VISITA DE RESCATE	1000	100%	1000	1	1000	1.25	800	18.6
	VISITA EPIDEMIOLOGICA	4000	100%	4000	1	4000	1.25	3200	74.4
	GESTIÓN DE RESIDENCIAS	164	100%	164	1	164	4	41	1.0
								31456	731.5

XVIII. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA CESFAM ROSITA RENARD Y SAPU

PROGRAMACIÓN NUMÉRICA 2021 POR CICLO VITAL. CESFAM ROSITA RENARD

MÉDICO	ACTIVIDADES	POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	Control Recién Nacido	260	100%	260	1	260	1.5	173.3	3.94
	Control 45 días con Pauta Neuros.	260	100%	260	1	260	1.5	173.3	3.94
	Control 3er mes	260	100%	260	1	260	1.5	173.3	3.94
	Control IRA	536	100%	536	2	1072	1.5	714.6	16.20
	Ingreso IRA	127	100%	127	1	127	1.5	84.6	1.92
	Consulta Morbilidad Infantil y Adolescente	4403	100%	4403	1.12	4931	2	2465.5	56.00
	Salud Mental Infantil y Adolescente	1171	17%	199	3	597	1.5	398.0	9.00
								4182.6	94.9

ODONTÓLOGO		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTO ADOLESCENTE	CONTROL ODONTOLÓGICO MENORES DE 0 A 4 AÑOS con ceod = 0	810	60%	486	1	486	2	243	5.5
	CONTROL ODONTOLÓGICO NIÑOS 5 A 9 AÑOS	1716	35%	601	1	601	2	301	6.8
	PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	3000	100%	3000	1	3000	30	100.0	2.3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NIÑOS DE 0 A 9 AÑOS	2960	50%	1480	4	5920	1.5	3946.7	89.7
	TRATAMIENTO GES 6 AÑOS	346	79%	273	3	819	1.5	546.0	12.4
	CONTROL ODONTOLÓGICO ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS	2978	25%	745	1	745	2	373	8.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 10 A 19 AÑOS	2978	50%	1489	4	5956	1.5	3971	90.3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IV MEDIOS	300	100%	300	4	1200	1.5	800	18
								10279.3	233.6

ENFERMERÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTO ADOLESCENTE	Control 0-5 meses	88	100%	88	2	176.0	1.5	117.3	2.7
	Control 6- 11 meses	84	100%	84	1	84.0	1.5	56.0	1.3
	Control 8 meses con EEDP	17	90%	15.3	1	15.3	1.5	10.2	0.2
	Control sin EDP 12 a 23 meses	242	90%	217.8	2	435.6	1	435.6	9.9
	Control 18 meses con EEDP	17	95.6%	16.3	1	16.3	3	5.4	0.1
	Control 2-3-4-5 años	1149	90%	1034.1	4	4136.4	2	2068.2	47.0
	Control 3 años con Tepsi	82	50%	41	1	41.0	4	10.3	0.2
	Control 6 y 9 años	1472	50%	736	1	736.0	2	368.0	8.4
	Clínica Lactancia (40% RN bajo control)	22	40%	8.8	3	26.4	2	13.2	0.3
	Consulta de déficit	57	100%	57	3	171.0	1.5	114.0	2.6
	Reevaluación	57	90%	51.3	1	51.3	1.5	34.2	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)	90	100%	90	4	360.0	1	360.0	8.2
	Hogar Grada	31	100%	31	6	186.0	2	93.0	2.1
	Control adolescente (Empad)	3033	30%	909.9	1	909.9	2	455.0	10.3
									4270.4

MATRONA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	DIADA < DE 10 DIAS	281	70%	197	1	197	1.2	164.1	3.73
	DIADA 11 A 28 DIAS	281	30%	84	1	84	1	84	1.91
								248.1	5.6

NUTRICIÓN		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL	CONSULTA RD 0-6a	106	100%	106	7	742	1.33	557.9	12.6
	CONSULTA RD 6-9a	40	100%	40	3	120	1.33	90.20	2.1
	CONSULTA D 0-9a	8	100%	8	7	56	1.33	42.10	1.0
	CONSULTA SP 0-6a	415	100%	415	3	1245	1.33	936.09	21.3
	CONSULTA SP 6-9a	197	100%	197	2	394	1.33	296.20	6.7
	CONSULTA OB 0-6a	213	100%	213	4	852	1.33	640.60	14.6
	CONSULTA OB 6-9a	160	100%	160	3	480	1.33	360.90	8.2
	1° CONSULTA RD	93	100%	93	1	93	1.33	69.90	1.6
	CONSULTA 5° MES	207	90%	187	1	187	1.33	140.60	3.2
	CONSULTA 3 AÑOS Y MEDIO	142	70%	99	1	99	1.33	74.40	1.7
	CONSULTA 10 MESES	351	50%	176	1	176	1.33	132.30	3.0
	CONS L MATERNA .	120	100%	120	3	360	1.33	270.60	6.2
OTRAS CONSULTAS	46	100%	46	2	92	1.33	69.17	1.6	
CICLO VITAL ADOLESCENTE	CONSULTA DÉFICIT	52	100%	52	3	156	1.33	117.29	2.7
	CONSULTA SP	245	40%	98	2	196	1.33	147.36	3.3
	CONSULTA OBESIDAD	209	40%	82	3	246	1.33	184.90	4.2
								4130.50	93.8

KINESIOLOGÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL ADOLESCENTE	Consulta IRA	300	100%	300	5	1500	3	500.0	11.4
	Control IRA	127	100%	127	1	127	2	63.5	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
								593.5	13.5

PSICOLOGÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS 0 A 9 AÑOS	1171	17%	199	6	1194	1	1194	27.1
	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS	1426.7	17%	243	6	1458	1	1458	33.1
	TALLER DE HABILIDADES PARENTALES	1171	3%	40	8	32	0.5	64	1.5
								2716	61.7

ASISTENTE SOCIAL		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL INFANTIL Y ADOLESCENTE	ATENCIÓN SOCIAL NIÑOS EN RIESGO	2850	10%	285	2	570	0.75	760	17.3
	VISITAS DOMICILIARIAS NIÑOS EN RIESGO	2850	10%	285	1	285	1	285	6.5
	CONTROL SALUD MENTAL SENAME	76	1%	1	1	1	1	1	0.02
	REUNIÓN CHILE CRECE					220	1.5	147	3.3
	ATENCIÓN SOCIAL ADOLESCENTE	3033	10%	303	1	303	1	303	6.9
	VD ADOLESCENTE	3033	5%	152	1	152	1	152	3.5
								1648	37.4

		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO	21491	70%	15044	1	15044	2	7522	170.9
	CONSULTA MORBILIDAD ADULTO MAYOR	8378	80%	6702	1.5	10054	2	5027	114.3
	CONTROL PSCV DIABÉTICOS NI	3084	59%	1820	2	3639	1.5	2426	55.1
	CONTROL PSCV DMIR	590	80%	472	4	1888	1.5	1259	28.6
	CONTROL PSCV HTA	8761	70%	6133	2	12265	1.5	8177	185.8
	CONSULTA PSCV DISLIPIDÉMICOS	9856	41%	4041	1	4041	1.5	2694	61.2
	INGRESOS DIABETES	440	100%	440	1	440	1.5	293	6.7
	INGRESOS HTA	902	100%	902	1	902	1.5	601	13.7
	CONSULTA SALUD MENTAL	6571	20%	1314	6	7885	1.5	5257	119.5
	INGRESO SALUD MENTAL	282	100%	282	1	282	1.5	188	4.3
	CONTROL MEDICO PROGRAMA ERA	953	100%	953	1	953	1.5	635	14.4
	INGRESO ERA	207	100%	207	1	207	1.5	311	7.1
	CONTROL PROGRAMA POSTRADOS	367	100%	367	2	734	0.7	1048	23.8
	MORBILIDAD POSTRADOS	367	100%	367	2	734	1	734	16.7
	INGRESOS POSTRADOS	250	100%	250	1	250	1	250	5.7
	REQUERIMIENTO TELEFÓNICO AM FRAGIL	4396	40%	1758	1	1758	3	5275	119.9
	CONTROL CV DOMICILIO AM	2131	80%	1705	1	1705	1	1705	38.8
	VD MORBILIDAD AM	2898	40%	1159	2	2318	1	2318	52.7
	CRÓNICO DESCOMPENSADO	1703	90%	1533	2	3065	2	1533	34.8
	ATENCIÓN FAMILIAR DE POSTRADO	184	100%	184	1	184	3	552	12.5
VD COVID	4572	100%	4572	1	4572	1	4572	103.9	
								52377.0	1190.1

ODONTÓLOGO		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA ADULTO Y ADULTO MAYOR ODONTÓLOGO	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA GES EMBARAZADAS	411	70%	288	4	1152	1.5	768.0	17.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 60 AÑOS	200	100%	200	6	1200	1.5	800.0	18.2
	MORBILIDAD	3840	100%	3840	2	7680	1.5	5120.0	116.4
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA MÁS SONRISAS	120	100%	120	4	480	1.5	320.0	7.3
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DOMICILIARIA	380	13%	49	2	98	1.5	65.3	1.5
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DIABÉTICOS	3800	50%	1900	4	7600	1.5	5066.6	115.2
	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA NO PRIORITARIA	28333	17%	4817	4	19268	1.5	12845.3	291.9
								24985.2	567.8

TÉCNICO EN ODONTOLÓGIA		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
PROGRAMA INFANTIL, ADULTO Y ADULTO MAYOR	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR Y/O BITEWING	34272	10.5%	3599	4	14396	6	2399.3	54.5
								2399.3	54.5

ENFERMERA		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PACIENTES < 65 a	5427	70%	3799	1	3799	2	1899.5	43.2
	INGRESO PSCV	650	100%	650	1	650	1.5	433.3	9.8
	PERFIL DE PRESIÓN ARTERIAL	450	100%	450	2	900	3	300.0	6.8
	EDUCACION DE INSULINA	90	100%	90	1	90	1.5	60.0	1.4
	REEVALUACION PIE DM	350	50%	175	1	175	2	87.5	2.0
	CONTROL ANUAL POSTRADOS	367	100%	367	1	367	1	367.0	8.3
	EXÁMENES PACIENTES POSTRADOS	367	100%	367	1	367	1.5	244.7	5.6
	CURACIÓN POSTRADOS	45	100%	45	96	4320	1	4320.0	98.2
	CAMBIO SONDA	20	100%	20	12	240	1	240.0	5.5
	TACO	25	100%	25	12	300	2	150.0	3.4
	CATETER SC	20	100%	20	4	80	2	40.0	0.9
	EMPAM	8138	48%	3866	1	3866	1.25	3092.4	70.3
	RE EVALUACIÓN AM	814	100%	814	1	814	1.5	542.7	12.3
	Instalacion S. foley/cateterismo vesical en unidad de TTO	30	100%	30	12	360	2	180.0	4.1
	Tratamiento endovenoso en unidad de TTO	360	100%	360	1	360	2	180.0	4.1
	Curaciones pie diabetico en unidad de TTO	25	100%	25	96	2400	2	1200.0	27.3
	Urgencias varias sin riesgo vital en unidad de TTO	144	100%	144	1	144	1	144.0	3.3
	Urgencias (clave azul) en unidad de TTO	48	100%	48	1	48	1	48.0	1.1
	Control anual AM frágil (VD)	105	100%	105	1	105	1	105.0	2.4
	Curaciones AM frágil	25	100%	25	5	125	1	125.0	2.8
	Exámenes AM Frágil	105	100%	105	1	105	1.5	70.0	1.6
	Cambio de Sonda AM Frágil	20	100%	20	12	240	1	240.0	5.5
	TACO AM Frágil	25	100%	25	12	300	2	150.0	3.4
Re evaluación AM Frágil	105	20%	21	1	21	1	21.0	0.5	
								14240.1	323.6

MATRONA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR	CONTROL PRECONCEPCIONAL	25	100%	25	2	50	1.33	25.0	0.6
	CONTROL PRENATAL	296	100%	296	8	2368	1.33	1780.5	44.4
	CONTROL POSTPARTO O ABORTO	100	100%	100	1	100	1.33	75.2	1.71
	CONTROL GINECOLOGICO	12006	45%	5403	1	5403	1.33	4062.4	92.30
	CONTROL CLIMATERIO	5315	20%	1063	2	2126	1.33	1598.5	36.33
	CONTROL DIU	284	100%	284	1	284	1.33	213.5	4.85
	CONTROL ACO	1200	100%	1200	2	2400	1.33	1804.5	41.01
	CONTROL INYECTABLE	818	100%	818	2	1636	1.33	1230.1	27.90
	CONTROL IMPLANTE	512	100%	512	2	1024	1.33	769.9	17.50
	CONTROL PSV MUJER	212	100%	212	1	212	1.33	159.4	3.62
	CONTROL PSV HOMBRE	16	100%	16	1	16	1.33	12.0	0.27
	INGRESO EMBARAZO	296	100%	296	1	296	1	296	6.72
	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	1.33	199.2	4.52
	CONSEJERIA PAE	36	100%	36	1	36	1.33	27.07	0.62
	CONSEJERIA SSyR	950	100%	950	1	950	1.33	714.3	16.23
	CONTROL GRUPAL EMB.	296	90%	266	4	1064	25	42.56	0.97
	EDUCACIÓN GRUPAL ADULTOS (SS y prevención VIH-ITS)	20332	0.1%	20	1	1	1.5	0.66	0.02
	EDUCACIÓN COLEGIOS	4	100%	4	2	8	1.5	12	0.27
VDI A GESTANTES	296	10%	30	2	60	1	60	1.36	
								14712.7	338.2

NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	POBLACIÓN EN CONTROL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO	RCV TOTAL	1915	100%	1915	2	3830	1.33	2879.7	65.44
	OTRAS CONSULTAS	3072	6%	184	2	368	1.33	277.2	6.29
	INGRESOS DM-HTA	652	100%	652	1	652	1.33	490	11.14
TOTAL								3647	82.87

NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	POBLACIÓN EN CONTROL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO MAYOR	RCV TOTAL	3764	100%	3764	1	3764	1.33	2830.1	64.31
	INGRESOS DM-HTA	652	100%	652	1	652	1.33	490.2	11.14
	AM BAJO PESO	480	9%	43	2	86	1.33	64.7	1.47
	GESTIÓN ENTREGA PACAM EN DOMICILIO	4396	100%	4396					34.00
TOTAL								3385.0	111

NUTRICIÓN	NUTRICIÓN	POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
EMBARAZADAS Y PUERPERAS	CONTROL EMBARAZAS, SP, OB, ENFLAQ.	196	100%	196	3	588	1.33	442.1	10.04
	CONTROL PUÉRPERAS	38	100%	38	1	38	1.33	28.6	0.65
	EDUCACIÓN EMBARAZADAS				2	30	1	24.0	0.55
TOTAL								494.7	11.23

KINESIOLOGÍA		POBLACIÓN INSCRITA	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACION	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	Control Agudo ERA	408	100%	408	5	2040	3	680.0	15.5
	Control crónico ERA	997	40%	399	2	798	2	399.0	9.1
	Urgencias y extra	300	100%	300	1	300	1	300.0	6.8
	Espirometría	5259	23.60%	1241	1	1241	1.5	827.4	18.8
	Encuesta CV	17	100%	17	2	34	2	17.0	0.4
	Test de Marcha 6 minutos	17	100%	17	2	34	2	17.0	0.4
	Rehabilitación pulmonar	326	1%	4	30	120	4	30.0	0.7
	VD Oxigenodependiente	36	90%	32	2	64	1	64.0	1.5
	Taller anti tabaco	66	100%	66	7	462	6	77.0	1.8
	Taller por NAC en domicilio	25	100%	25	1	25	1	25.0	0.6
	VD dependiente severo	367	65%	239	8	1912	1	1912.0	43.5
	Entrega Ayuda Técnica	190	100%	190	1	190	2	95.0	2.2
	Control Ayuda Técnica	190	100%	190	1	190	2	95.0	2.2
	Taller entrega ayuda técnica	353	100%	353	1	353	6	58.8	1.3
	Ingreso Kinesiología	1360	80%	1088	1	1088	2	544.0	12.4
	Control kinesiología	1360	80%	1088	10	10880	3	3626.7	82.4
	Ev. Ingreso Más AM Autovalentes	1077	100%	1077	1	1077	3	359.0	8.2
	Taller Más AM Autovalentes (estimulación motora y prevención de caídas)	1077	60%	646	24	15509	10	1550.9	35.2
IVADEC	5,310	2%	106	1	106	3	35.4	0.8	
Rehabilitación post COVID	513	10%	51	20	1020	1	1020.0	23.2	
Coordinación terreno respiratorio/ gestión fármacos pacientes COVID / línea 24/7								44.0	
								11,733.20	310.66

PSICOLOGÍA		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS	9197	17%	1564	6	9381	1	9381	213.2
	PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES	4282	17%	728	6	4368	1	4368	99.3
	TALLER DE APOYO EMOCIONAL 2	902	10%	90	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER APOYO EMOCIONAL 1	902	10%	90	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER CONSUMO SUSTANCIAS	902	8%	72	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER ADULTOS EN PLENITUD	8233	1%	99	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER DE MEMORIA PREVENCIÓN	8233	1%	99	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER CÍRCULO DE MUJERES	739	8%	59	48	48	0.5	96	2.2
	TALLER CALIDAD DE VIDA	902	8%	72	48	48	0.5	96	2.2
TALLER DE MEDITACIÓN PARA ADULTOS	902	8%	72	48	48	0.5	96	2.2	
								14517	330.1

ASISTENTE SOCIAL		POBLACIÓN TOTAL	COBERTURA	POBLACIÓN A ATENDER	CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES ANUALES	RENDIMIENTO	N° HORAS ANUALES	N° HORAS SEMANALES
CICLO VITAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	ATENCIÓN SOCIAL EMBARAZADAS EPSA (+)	88	90%	79	1	79	1	79	1.8
	VISITA DOMICILIARIA EMBARAZADA EPSA (+)	88	90%	79	2	158	1	158	3.6
	VD SOBRECARGA CUIDADOR	184	90%	166	1	166	1	166	3.8
	VISITA DOMICILIARIA DEPENDIENTE SEVERO	367	90%	330	1	330	1	330	7.5
	CONSULTA ADULTO EN RIESGO	17651	10%	1765	1	1765	1.33	1412	32.1
	CONSULTA ADULTO MAYOR EN RIESGO	11186	10%	1119	1	1119	1.33	841	19.1
	VISITAS DOMICILIARIAS	28837	6%	1730	1	1730	1	1730	39.3
	TALLERES				8	176	2	352	8.0
	TRABAJO COMUNITARIO	33017				50	2	100	2.3
								5168	117.4

EQUIPO DE SEGUIMIENTO COVID	ENTREGA DE RESULTADOS	TOTAL LLAMADOS EN 1 MES	RENDIMIENTO	N° HRS PROFESIONAL	N° PROFESIONALES CON JORNADA DE 44 HRS
	RESULTADOS POSITIVOS	513	1	513	11.65
	RESULTADOS NEGATIVOS	314	2	104.6	2.37
	SEGUIMIENTOS Y ALTAS	2120	3	1060	24.09
					38.11

XIX. PROGRAMACIÓN NUMÉRICA COSAM

Programación Médica anual 2021

Especialidad Médica	Consulta Nueva	Consulta controles	Total
PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA	85	-	85
PSIQUIATRÍA ADULTO	181	815	996
	266	815	1.081

Actividades con rendimiento	Total Actividades
Consulta Nueva de especialidad	267
Consulta Control de especialidad	815
Teleconsulta control de especialidad (Telemedicina)	4.382
Gestión de Casos	2.950
Tele consultoría (Telemedicina)	643
TOTAL ACTIVIDADES MÉDICAS	9.057

Programación no Médica anual 2021.

Actividades con Rendimiento	TRABAJO_SOCIAL	PSICOLOGIA_CLINICA	TERAPIA_OCUPACIONAL
Teleconsulta nueva (Telemedicina)	82	87	0
Teleconsulta control (Telemedicina)	2881	8223	4493
Gestión de Casos	2305	2717	1131
Psicoterapia Individual	0	2783	0
Psicoterapia Familiar	0	641	0
Consultas CONTROL POR PROFESIONAL (SM)	173	0	396
Consultas NUEVAS (ESPECIALIDAD)	87	84	87
Tele consultoría (Telemedicina)	164	303	0

XXI. PLAN COMUNAL DE CAPACITACIÓN 2021

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2021 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE COMUNA ÑUÑO A																		
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NÚMERO 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 CAPACTACION	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.	4	6	6	4				20	36	2,160,000	720,000		2,880,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	ago-21
	Promoción y prevención integral para Enfermedades Respiratorias	Adquirir herramientas para la prevención, detección precoz y priorización de enfermedades respiratorias en niños y adultos. Y buen manejo de EEP			5	5	7	3		20	27	2,160,000	0		2,160,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	abr-21
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Violencia de genero y salud publica	Desarrollar competencias relativas a la comprensión de la violencia de género en el curso de vida desde la perspectiva de la salud pública.	2	2	8	6	7	5		30	27	3,024,000	216,000		3,240,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	may-21
	Curso RCP básico y uso de DEA	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.	10	8	10	8				36	36	3,888,000	0		3,888,000	OTEC TLC	Carolina Navarro	jul-21
	Actualización en manejo de demencia en la persona mayor (APS)	Aplicar herramientas con una perspectiva comunitaria que permitan Interpretar datos relevantes de la Epidemiología de Demencias para el abordaje de personas y sus familias.	15	25						40	24	1,920,000	528,000		2,448,000	OTEC TLC	Carolina Navarro	jun-21
	Actualización en tecnicas de curación avanzada de heridas.	Actualizar los aspectos esenciales de la técnica de curación de heridas y úlceras, considerando que el manejo oportuno y el trabajo colaborativo con otros integrantes del equipo de salud.			15	8				23	27	2,484,000	0		2,484,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	jun-21
	ACTUALIZACION EN ODONTOLOGIA DEL PACIENTE SISTEMICAMENTE COMPROMETIDO.	Actualizar el desempeño del equipo de salud dental en la atención del paciente sistemicamente comprometido con enfoque en APS.	20							20	36	1,440,000	1,008,000		2,448,000	OTEC TLC	Carolina Navarro	abr-21
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Promocion de la salud y prevencion 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	5	10	5	10			35	32	3,840,000	0		3,840,000	OTEC TLC	Carolina Navarro	may-21
	Salud Familiar y Redes Integradas de Servicios de Salud.	Entregar las herramientas básicas para la implementación del Modelo de Salud Familiar en la Atención Primaria y comprensión de las RISS	5	5	5	5	5	5		30	27	2,700,000	540,000		3,240,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	mar-21
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Consejería familiar y Visita domiciliaria integral	Desarrollar habilidades para brindar Consejerías Individuales y Familiares e implementar la Visita Domiciliaria integral como una herramienta de integración y reconocimiento de la familia y su entorno, con énfasis en las precauciones estándar.	4	10	10	4				28	36	3,024,000	1,008,000		4,032,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	enero-febrero 2021

EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Humanización de la atención con enfoque en la inclusión y discapacidad.	Entregar herramientas para favorecer el buen trato y la inclusión de personas en situación de discapacidad, para garantizar el acceso y calidad de su atención sanitaria.	2	5	8	4	8		27	27	2,538,000	378,000		2,916,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	ago-21
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.	Atención segura en salud: manejo de residuos, asepsia y antisepsia.	Profundizar concepto de IAAS, asepsia, antisepsia, precauciones estándar y riesgos biológicos, además de conocer el correcto manejo de los residuos de establecimiento de atención de salud (REAS)		5	10	5	5	5	30	32	3,520,000	320,000		3,840,000	OTEC TLC	Carolina Navarro	enero-febrero 2021
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Curso de autocuidado, manejo del estrés y trabajo en equipo en APS.	Fortalecer competencias personales y organizacionales para el afrontamiento de sobrecarga laboral, autocuidado y trabajo en equipo.	3	4	6	5	10	4	32	27	3,078,000	378,000		3,456,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	jul-21
	Conduccion segura y manejo manual de pacientes	Reforzar el concepto y la importancia de la conducción a la defensiva, incluyendo el adecuado manejo de transporte y traslado de pacientes.			4		4	16	24	27	2,592,000	0		2,592,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	julio agosto 2021
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Calidad y Buen trato de la atención, un enfoque en la comunicación asertiva y resolución de conflictos.	Adquirir técnicas para manejar situaciones de conflicto reforzando habilidades de comunicación asertiva para mejorar la satisfacción usuaria y la calidad de atención.			15	6	15	4	40	27	4,320,000	0		4,320,000	OTEC CADO	Carolina Navarro	mar-21
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.									0		0	0		0			
TOTALES	TOTALES		70	75	112	65	71	42	435		42,688,000	5,096,000	0	47,784,000			

XXII. DOTACIÓN SALUD 2021

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2020								Dotación año 2021								Variación Respetto del 2020	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*	Médicos (*)	61.7	2,715	Se Valida	2,715	2,345	370	86%	14%	73.3	3,225	Se Valida	3,225	2,873	352	89%	11%	Aumenta	
	Dentistas	23.7	1,041	Se Valida	1,041	894	147	86%	14%	31.7	1,396	Se Valida	1,396	1,159	237	83%	17%	Aumenta	
	Químicos Farmacéuticos	6.2	271	Se Valida	271	239	32	88%	12%	7.2	315	Se Valida	315	262	53	83%	17%	Aumenta	
	Total tramo A	91.5	4,027	Se Valida	4,027	3,478	549	86%	14%	112.2	4,936	Se Valida	4,936	4,294	642	1	0	Aumenta	
B*	Enfermeras (*)	41.5	1,828	Se Valida	1,828	1,368	460	75%	25%	46.7	2,054	Se Valida	2,054	1,561	493	76%	24%	Aumenta	
	Matronas (*)	18.0	794	Se Valida	794	582	212	73%	27%	20.7	909	Se Valida	909	754	155	83%	17%	Aumenta	
	Psicólogo (a)	32.8	1,442	Se Valida	1,442	1,268	174	88%	12%	35.0	1,538	Se Valida	1,538	1,353	185	88%	12%	Aumenta	Incluye Ps Director COSAM
	Asistente Social	19.4	855	Se Valida	855	715	140	84%	16%	21.2	931	Se Valida	931	791	140	85%	15%	Aumenta	
	Nutricionistas	12.8	561	Se Valida	561	419	142	75%	25%	12.8	561	Se Valida	561	466	95	83%	17%	Se Mantiene	
	Kinesiólogo (a)	25.3	1,115	Se Valida	1,115	884	232	79%	21%	23.0	1,012	Se Valida	1,012	789	223	78%	22%	Disminuye	
	Otros: Terapeuta Ocupacional	6.8	301	Se Valida	301	280	21	93%	7%	8.2	359	Se Valida	359	234	125	65%	35%	Aumenta	
	Otros: Fonoaudiólogo	0.8	33	Se Valida	33	33	0	100%	0%	0.5	22	Se Valida	22	22	0	100%	0%	Disminuye	
	Otros: (indicar profesión) DOCENTE EDUC. PARVULOS PROF.	2.0	88	Se Valida	88	55	33	63%	38%	2.0	88	Se Valida	88	55	33	63%	38%	Se Mantiene	
	Otros: (indicar profesión) TECNÓLOGOS MÉDICOS	5.5	242	Se Valida	242	184	58	76%	24%	5.5	242	Se Valida	242	184	58	76%	24%	Se Mantiene	Incluye Tm Director Laboratorio
	Otros: (indicar profesión)	0.0	0	Se Valida	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0.0	0	Se Valida	0	0	0	0	0	Se Mantiene	
	Otros: (indicar profesión)	0.0	0	Se Valida	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0.0	0	Se Valida	0	0	0	0	0	Se Mantiene	
Total tramo B	165.0	7,259	Se Valida	7,259	5,787	1,472	80%	20%	175.4	7,716	Se Valida	7,716	6,209	1,507	1	0	Aumenta		
Equipo Nuclear		121.3	5,337			4,295	1,042	80%	20%	140.6	6,188		6,188	5,188	1,000	1	0		

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2020		Dotación año 2021		Variación Respecto del 2020	Observaciones al Cargo
		N° cargos	Horas Totales Contratadas	N° cargos	Horas Totales Contratadas		
C	Técnicos Paramédicos	95.8	4,214	124.2	5,463	Aumenta	
	Técnicos Informáticos	2.5	110	3.0	132	Aumenta	
	Técnicos Administrativos	13.0	572	13.0	572	Se Mantiene	
	Contador	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Secretarías	1.0	44	1.0	44	Se Mantiene	
	Otros	4.0	176	0.0	0	Disminuye	
	Total tramo C		116.3	5,116	141.2	6,211	Aumenta
D	Auxiliar Paramédico	17.0	748	5.0	220	Disminuye	NO DISMINUYE, EL 2020 SE INGRESÓ A ESTE CARGO LOS AUXILIARES PARAMÉDICOS LOS ASISTENTES DE ENFERMERÍA.
	Asistente de enfermería	20.0	880	36.4	1,603	Aumenta	SE REORDENA EL INGRESO A ESTE CARGO EL PERSONAL QUE EN EL 2019 SE INGRESÓ COMO AUXILIAR PARAMÉDICO.
	Asistente Dental	14.5	636	15.6	686	Aumenta	
	Otros	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Total tramo D		51.5	2,264	57.0	2,509	Aumenta
E	Administrativo del Área Salud	52.7	2,317	49.7	2,185	Disminuye	INCENTIVO AL RETIRO-RENUNCIAS VOLUNTARIAS. SE CORRIGE DATO 2020.
	Total tramo E		52.7	2,317	49.7	2,185	Disminuye
F	Auxiliar de Servicio	24.8	1,091	26.8	1,179	Aumenta	
	Conductores	21.0	924	19.0	836	Disminuye	INCENTIVO AL RETIRO-RENUNCIAS VOLUNTARIAS
	Camilleros	1.0	44	1.0	44	Se Mantiene	
	Otros	0.0	0	0.0	0	Se Mantiene	
	Total tramo F		46.8	2,059	46.8	2,059	Se Mantiene
TOTALES		554.7	24,408	582.2	25,616	Aumenta	

XXIII. PRESUPUESTO DE SALUD 2021

PRESUPUESTO ÁREA SALUD 2021

INGRESOS Y GASTOS	SALVADOR BUSTOS	CENTRO DE URGENCIA	ROSITA RENARD	LABORATORIO	COSAM	DEPTO. SALUD	BOTICA PZA ÑUÑO A	BOTICA VILLA OLÍMPICA	BOTICA AMAPOLAS	BOTICA CENTRO ASISTENCIAL	CENTRO ASISTENCIAL DE ÑUÑO A	CENTRO INTEGRAL ADULTO MAYOR	Total general
Ministerio Salud - per cápita	3,152,843,089	0	2,639,651,627	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,792,494,715
Programas complementarios													
SSMO	1,000,407,031	490,474,798	1,037,316,078	11,399,555	428,796,382	16,987,641	0	0	0	0	0	0	2,985,381,485
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
	4,165,191,550	496,795,908	3,710,378,213	50,751,829	428,796,382	16,987,641	698,737,331	172,789,200	180,385,320	417,229,692	0	0	10,338,043,066
Remuneraciones	4,119,443,460	1,122,779,090	4,086,444,688	185,326,453	871,619,785	181,195,667	56,600,433	34,311,473	34,442,509	34,442,509	0	33,368,622	10,759,974,687
Bonos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flniquitos	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
	4,119,443,460	1,122,779,090	4,086,444,688	185,326,453	871,619,785	181,195,667	56,600,433	34,311,473	34,442,509	34,442,509	0	33,368,622	10,759,974,687
Servicios generales	0	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	720,000,000	32,000,000	1,119,467,773
Materiales de uso o consumo :	0	144,807,366	499,402,759	68,855,801	93,757,311	10,626,023	658,737,331	172,789,200	180,385,320	417,229,692	1,308,935,606		3,555,526,408
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		0	0
Textiles y vestuario	30,159,215	6,954,892	29,154,892	0	6,159,862	0	0	0	0	0			72,428,861
	198,922,258	252,371,265	903,473,666	140,411,964	166,106,270	99,044,455	705,690,109	186,045,347	193,331,867	428,629,570	2,049,879,849	37,924,316	5,361,830,936
DÉFICIT/ SUPERÁVIT	-153,174,168	-878,354,446	-1,279,540,141	-274,986,588	-608,929,672	-263,252,481	-63,553,211	-47,567,620	-47,389,056	-45,842,387	-2,049,879,849	-71,292,938	-5,783,762,557

