LINARES
CORPORACIÓN MUNICIPAL

DECOSAL
DEPARTAMENTO COMUNAL DE SALUD

PROGRAMA
JUNTOS
Por Tu SALUD

Plan Comunal DE SALUD 2018

INDICE

Sección I: Antecedentes

Palabras del Alcalde 4

Introducción 5

Misión 6

Visión 6

Organigrama 7

Sección II: Diagnóstico de la Situación Comunal

1. Caracterización Poblacional
   - 1.1. Tamaño Poblacional 8
   - 1.2. Estructura por grupos de edades 8
   - 1.3. Distribución por sexo 9
   - 1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad) 9

2. Factores Condicionantes y Determinantes Sociales
   - 2.1. Geográficos 10
   - 2.2. Medio Ambientales 10
   - 2.3. Acceso y Comunicación 11
   - 2.4. Étnicos 11
   - 2.5. Culturales 12
   - 2.6. Socioeconómicos 12
   - 2.7. Educacionales 15
   - 2.8. Vivienda 15
   - 2.9. Servicios Básicos y Saneamiento 16
   - 2.10. Seguridad Social 16
   - 2.11. Desarrollo Comunitario 17

3. Indicadores Demográficos
   - 3.1. Tasas de Mortalidad 17
     - 3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop) 17
     - 3.1.2. Mortalidad Infantil 18
     - 3.1.3. Mortalidad Materna 18
     - 3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia 19
     - 3.1.5. Mortalidad del Adulto 19
     - 3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor 19
     - 3.1.7. Mortalidad por Causas 20
   - 3.2. Esperanza de Vida al nacer 21
   - 3.3. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) 21
   - 3.4. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) 22
   - 3.5. Consultas Médicas (Tasas de Consultas) 25
   - 3.6. Exámenes de Salud 26
   - 3.7. Egresos Hospitalarios 26

Sección III: Diagnostico de Salud

1. Diagnóstico de Salud por Sector 27
2. Diagnostico Participativo 31
   - 2.1 Evaluación por curso de Vida cruzado con programas 34
     - 2.1.1 Programa Infantil 34

2.1.2 Programa del Adulto 36
2.1.3 Programa de Discapacidad 37
2.1.4 Programa de la Mujer 39
2.1.5 Programa Odontológico 41

Sección IV: Metas

1. Metas IAAPS 42
2. Metas Desempeño Colectivo 45

Sección V: Evaluación MAIS 48

Sección VI: Evaluación de Acreditación en Calidad 51

Sección VII: Plan de Acreditación 2016 y 2017 53

Sección VIII: Atención Primaria y Salud Familiar

1. Establecimientos de Salud Primaria de la Comuna 54
2. Establecimiento de Salud Privados 60
4. Mapa de Redes Asistenciales APS Linares 61
5. Promoción 62
6. Calidad y acreditación 63
7. Canasta de Prestaciones 64
8. Financiamiento de APS 67
9. Convenios 68

Sección IX: Área Administrativa

1. Dotación 75
2. Ausentismo Laboral 76
3. Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional 77
4. Plan de Inversiones 2017-2018 78

Sección X: Plan de Cuidados de Salud de la Población 81

Sección XI: Plan de Capacitación 146

Sección XII: Gestión 147

Palabras del Alcalde

Estimada comunidad Linarense**,** una de las grandes prioridades de nuestra comunales es la salud primaria, como alcalde de la comuna de Linares para el periodo comprendido entre los años 2016- 2020, se precisa como eje fundamental el trabajo colaborativo con el inter sector, elemento importante a considerar en la selección de estrategias que se implementarán, considerando al usuario como centro de la atención, brindando una prestación de calidad y con equidad. Por esa razón, la elaboración de esta propuesta que está inserta dentro de los cuatro pilares o ejes de nuestro gobierno comunal, ha considerado varias condicionantes que influyen y confluyen en la salud de la población de Linares. Cuando nos situamos en el contexto local y conocemos su historia y evaluamos las condicionantes medioambientales de la comuna, surgen inmediatamente los problemas que actualmente está viviendo nuestra ciudad; como el clima, caracterizado por temperaturas extremas; la contaminación ambiental especialmente durante el invierno, sumado a la existencia de vegetación como el árbol del plátano oriental, que contribuyen a la aparición de enfermedades a la piel, cuadros de tipo respiratorio y alérgicos. Por otro lado, los malos hábitos alimenticios que inciden en problemas de malnutrición por exceso y la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Todas estas problemáticas se ven también reflejadas en el Diagnóstico Participativo desarrollado con la comunidad, este es el resultado de las opiniones vertidas por un sin número de ciudadanos a través de redes sociales en nuestras páginas de Facebook y el contacto diario con los ciudadanos quienes expresaron sus inquietudes relacionada con Salud, acompañada de la aplicación del conocimiento técnico y de la medicina basada en la evidencia, podemos a diferencia de años anteriores abordar los problemas a través de la elaboración de un “Plan Estratégico de Salud”. A su vez implementar el “Plan de Acción de Cuidados de Salud” de la población según área estratégica.

Uno de los más trascendentales procesos que pretendemos llevar a cabo es avanzar y concretar diagnóstico de las determinantes de salud y de la situación demográfica de la comuna, proyectar nuestras acciones con los recursos disponibles y prever un determinado impacto sanitario. El contar con una organización interna más adecuada con líderes capaces de desarrollar las estrategias planificadas y conformar equipos de trabajo, capaces de comprender, diagnosticar plantear los objetivo y sin duda lo más importante solucionar los problemas relacionados con la salud primaria de la comuna de Linares, desarrollando la Unidad de Información en Salud que nos permitirá al cabo de dos años exhibir información diagnóstica más completa y de mejor calidad, desde una perspectiva más global, dando paso a un periodo caracterizado por un desarrollo de nuestros Cesfam y nuestro personal, hacia la excelencia, aprovechando los diferentes convenios con casas de estudios regionales haciéndonos partícipes activos de procesos de modernización e investigación, esto se reflejara directamente en nuestros usuarios aumentando los niveles y estándares de atención .

Durante el periodo mantendremos contacto directo y constante con todos los funcionarios de los diferentes Cesfam y la dirección comunal de salud, atento a sus inquietudes pues sabemos de su entrega y que constituyen el pilar fundamental de la APS de nuestra comuna

Introducción

La formulación de un Plan Comunal de Salud, obedece a la necesidad de crear una herramienta de gestión que permita optimizar el uso de los recursos humanos, materiales y económicos en pos de entregar una mejor cobertura en esta área, permitiendo desarrollar actividades que generan en el desarrollo social y biológico, mecanismos de protección y limitador de instancias de riesgo, lo que se entrelaza directamente con la estrategia de Promoción de la Salud, aspecto tremendamente relevante en el quehacer de la salud primaria, ya que en base a esto, entregamos herramientas a los usuarios para tener una mejor calidad de vida, optando por alimentación saludable y actividad física más frecuente.

El Plan Comunal de Salud contiene objetivos generales y específicos y las estrategias para cumplirlos. Dichos objetivos fueron planteados a raíz del resultado del Diagnóstico Participativo, el cual se realizó por sectores geográficos. También contiene la dotación de funcionarios y el presupuesto material y económico.

El Plan Comunal de Salud contribuye a la creación del Plan de Desarrollo Comunitario, y éste a su vez, es un Plan Estratégico de la comuna, y en donde se definen objetivos a corto y mediano plazo.

Creemos que la participación comunitaria este un pilar fundamental en el quehacer municipal en salud, este eje lo hemos definido "***Aliados por tu Salud***" en donde la comunidad representada en los Concejos de Desarrollo ha contribuido con valiosa información para llevar a cabo el Diagnóstico Participativo, instrumento base para realizar esta planificación.

Del mismo modo, señalar que este Plan fue planteado por un equipo multidisciplinario que comprende profesionales de distintos estamentos de nuestro servicio, tales como: odontólogo, enfermera, matrona, médico, químico farmacéutico, informático, entre otros.

Para concluir, este esfuerzo mancomunado realizado entre la comunidad y DECOSAL ha proporcionado los lineamientos a desarrollar en período 2018-2020, los que van dirigidos en directo beneficio en la salud de la población linarense.

Visión

"SER UNA ORGANIZACIÓN ADMINISTRADORA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD municipal íntegra, eficaz y consolidada, al servicio de la comunidad. Aspiramos ser reconocidos por promover el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios, a través de un modelo de atención en salud con enfoque Familiar y comunitario.

Misión

Somos una red de atención primaria de salud municipal de la Comuna de Linares, con enfoque en salud familiar y comunitario, que acoge, resuelve o deriva las necesidades de nuestros usuarios a lo largo de su ciclo vital, con énfasis en la promoción, prevención y el rol activo en el autocuidado. Constituimos equipos interdisciplinarios que buscan contribuir a elevar la calidad de vida de la población.

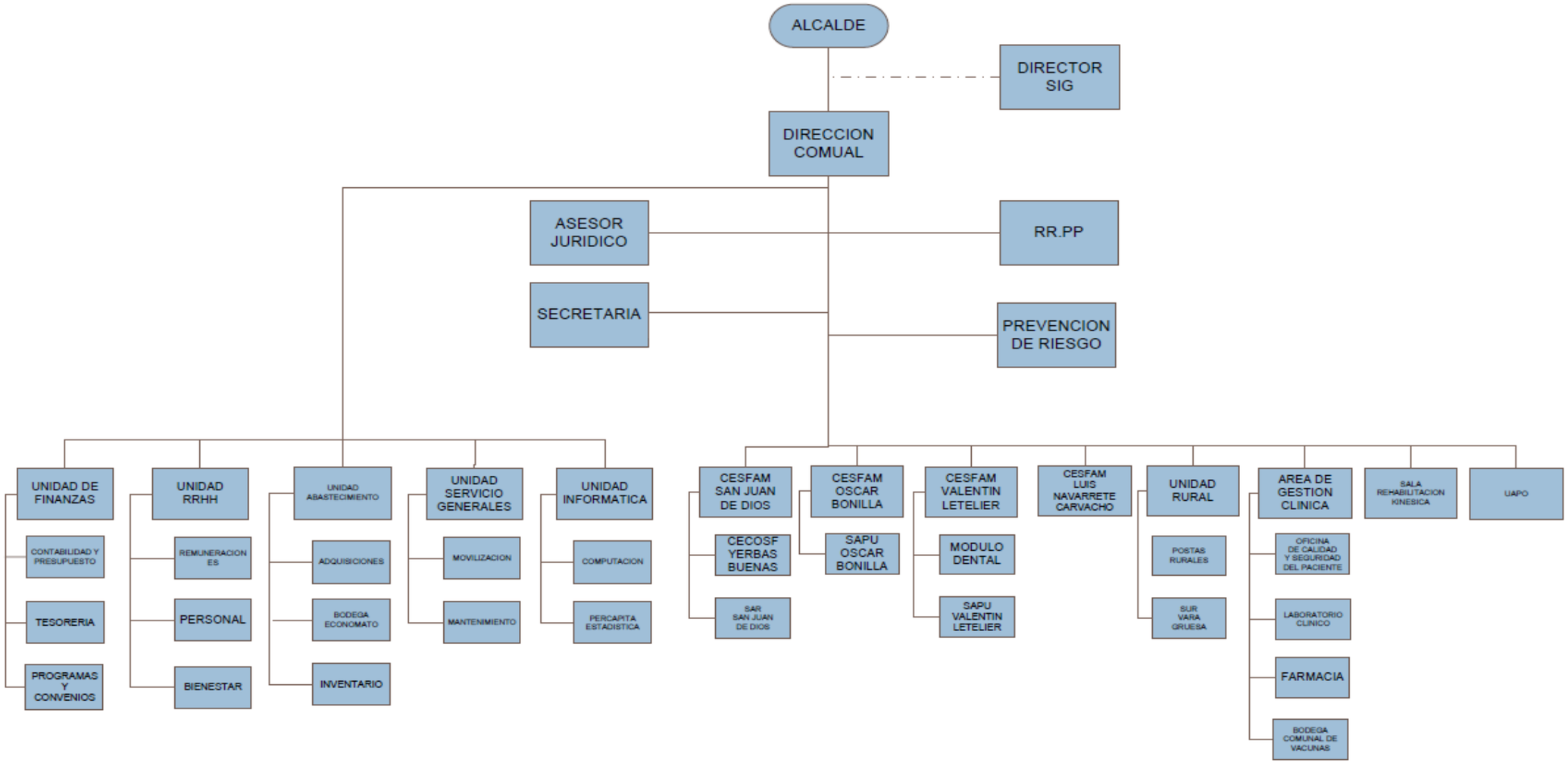
Valores Institucionales

- Compromiso
- Responsabilidad
- Calidad
- Respeto
- Eficiencia
- Vocación de servicio
- Tolerancia

Objetivos

- Contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestra población
- Brindar a nuestros usuarios, una atención de salud basada el modelo de Salud Familiar con enfoque Comunitario
- Acoger, resolver y derivar las demandas de nuestros usuarios
- Poner énfasis en la promoción, prevención y autocuidado de nuestros usuarios
- Otorgar las prestaciones de salud Poniendo énfasis en la humanización y el buen trato al usuario.

Organigrama

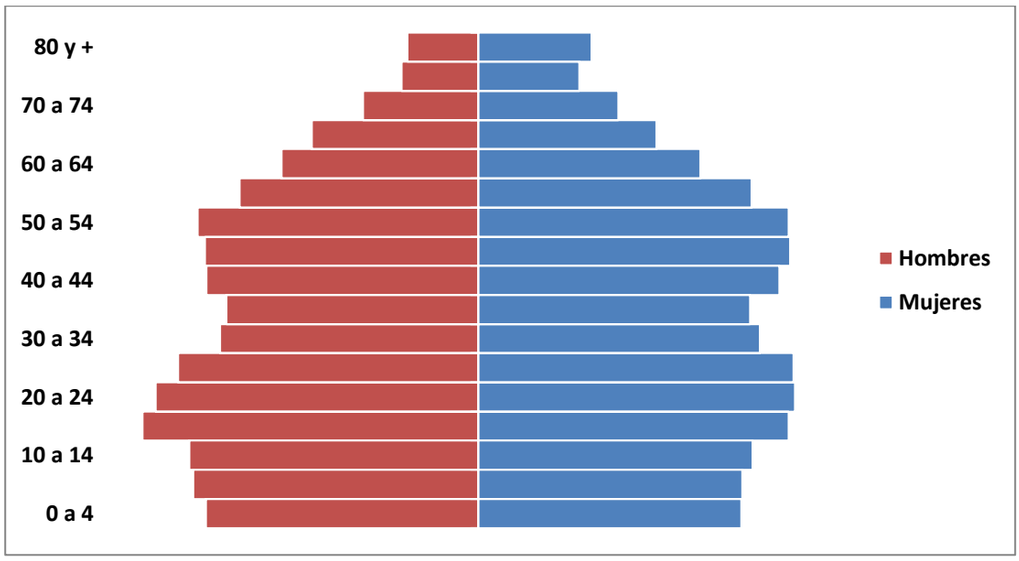


Sección I: Diagnóstico de la Situación Comunal

1. Caracterización Poblacional.

1.1. Tamaño Poblacional

Pirámide Poblacional 2016



Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

Estructura poblacional similar a la nacional, Una base equilibrada, tanto en sexo como edad hasta los 14 años, rango adolescente y adulto joven marcado por el sexo femenino, al igual que el tramo adulto 40-59 años, situación más evidente en el grupo adulto mayor de 80 años de sexo femenino por el aumento de la expectativa de vida para este grupo.

1.2. Estructura por grupos de edades

Tabla Nº 1: Población según Grupos Etarios, Comuna de Linares, año 2015

SUBGRUPOS	*LINARES*		REGIÓN DEL MAULE	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 15 años	18.381	20,19	209.161	20,05
15 a 44 años	39.388	43,27	457.694	43,88
45 a 64 años	22.985	25,25	262.868	25,20
65 y más años	10.276	11,29	113.266	10,86
TOTAL	**91.030**	**100.00**	**1.042.989**	**100,00**

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

Nuestra población representa el 8% de la población regional, con similar distribución por grupos etareos, excepto en la población mayor, donde nuestra comuna muestra un nivel significativamente más alto de envejecimiento.

1.3. Distribución por sexo

Tabla Nº2: Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de Linares, año 2015

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES		**TOTAL**	
	Nº	%	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Menor de 15 años	9.443	10,37	8.938	9,82	18.381	20,19
15 a 44 años	19.376	21,29	20.012	21,98	39.388	43,27
45 a 64 años	10.808	11,87	12.177	13,38	22.985	25,25
65 y más años	4.575	5,03	5.701	6,26	10.276	11,29
TOTAL	**44.202**	**48,56**	**46.828**	**51,44**	**91.030**	**100,00**

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

.

En el grupo de 45 y más existe un aumento notorio de la población femenina, incluyendo grupo del adulto mayor, Esta población es además la que representa un gran desafío en temas relacionados con la salud de la mujer

1.4. Crecimiento Poblacional

Tabla Nº 3: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020. Comuna de Linares

	AÑOS	**Variación % Período 2015-2020**					
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	
POBLACIÓN COMUNAL	91.030	91.193	91.303	91.379	91.398	91.372	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL %		0,18	0,12	0,08	0,02	-0,03	0,37
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIÓN DEL MAULE %		0,70	0,68	0,67	0,65	0,62	3,3

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

Se observa que la proyección de crecimiento anual de la comuna es mucho menor a la región, pese al alza de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida como se manifestaba en los cuadros anteriores, por lo tanto los desafíos comunales en planificación de la salud debieran enfocarse a este grupo etareo.

Tasa de Natalidad

Tabla Nº 4: Tasa de Natalidad, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	Natalidad	Tasa*
COMUNA	**1.385**	**14,1**
REGIÓN	14.325	13,8
PAÍS	250.997	14,3

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015

Tasa en la cual nuestra comuna es similar a la nacional y por sobre lo regional.

2. Factores Condicionantes

2.1. Geográficos

La Ciudad de Linares está ubicada en la República de Chile, en la Séptima Región del Maule, emplazada entre los 35°51´ de Latitud sur y 71°36´ de Longitud Oeste, a 165 metros de altitud. Está ubicada a unos 305 Kilómetros al sur de Santiago, en la zona sur de la Séptima Región del Maule con una superficie de 1.465,7 Kms.2 y una población total de 87.661 habitantes de los cuales según Censo 2012 (No oficial), de los cuales 73.516 habitan en el sector urbano y 14.175 en el sector rural.

Los límites comunales son los siguientes:

Límites de la Comuna de Linares

Límite Norte	Rio Putagan
Límite Sur	Rio Achibueno
Límite Este	Cordillera de los Andes
Límite Oeste	Rio Loncomilla

2.2. Medio Natural

1. Hidrografía

La comuna de Linares presenta un sistema hidrográfico compuesto por: El río Achibueno nace del Nevado Longaví y el Putagán con coordenadas 35° 47’ 3” latitud sur, 71° 39’ 39” longitud oeste, son los principales afluentes de la comuna de Linares, rodeando dicha comuna al sur y al norte respectivamente.

2. Condiciones Climáticas

La comuna de Linares presenta un clima predominantemente templado mediterráneo, con estaciones bien definidas. Las temperaturas medias anuales varían entre unos 13°C y 15°C. El verano es sostenidamente seco y el invierno, habitualmente lluvioso (los meses más lluviosos son mayo, junio, julio y agosto). La diferencia térmica entre el mes más cálido y el más frío es aproximadamente 13-14 °C en Linares, en tanto que la oscilación térmica diaria supera los 14 °C.

3. Orografía

La comuna de Linares ocupa el exacto centro geográfico. Limita al norte con la provincia de Talca, al sur con la provincia de Ñuble, al oeste con la provincia de Cauquenes y con las comunas de Constitución y Empedrado, de la Provincia de Talca, y al este con la República Argentina. Linares es la única provincia de la Región del Maule, que no tiene acceso al mar. Situada entre los ríos Maule por el norte (límite con la Provincia de Talca) y Perquilauquén, por el sur (límite con la provincia de Ñuble, de la Región del Biobío), la Cordillera de los Andes por el este y el río Loncomilla y el Valle de Cauquenes por el oeste, la provincia tiene 10.050 kilómetros cuadrados de superficie y presenta un aspecto preferentemente llano en su sector central (depresión intermedia), sólo interrumpido al noroeste por la Cordillera de la Costa y, al sur, por los lomajes del sector de Parral.

El sector cordillerano de la provincia se extiende desde el límite con el Valle Central hasta la frontera con Argentina. Se divide en el sector pre cordillera y el sector Cordillera, a partir de los 900 msnm (metros sobre el nivel del mar) hasta la frontera con Argentina. La pre cordillera, con un territorio generalmente de difícil penetración por sus laderas abruptas y ríos encajonados, comprende el piedemonte y los primeros cerros del macizo Andino. La Cordillera de los Andes, propiamente tal, cuya altura es considerablemente menor respecto de las regiones más septentrionales (promedio inferior a 4.000 metros), tiene como sus mayores alturas el Cerro El Toro (3.081 m.) y el Nevado de Longaví (3.242 m.).

2.3. Acceso y Comunicación

Se puede llegar por la carretera Panamericana (Concesión Autopista Talca-Chillan) pasando a tres kilómetros al poniente de Linares. Una ancha vía asfaltada, de tres kilómetros de longitud, comunica la Ruta Panamericana con la ciudad. Dicha vía se continúa con la principal calle de la ciudad: Independencia. Otras vías asfaltadas que comunican Linares con lugares vecinos son: la ruta a Yerbas Buenas, el camino a Panimávida y Colbún, el camino a San Juan y La Floresta (que parte del anterior) y el camino a San Antonio. También se cuenta con la estación Linares la que es parada regular del servicio de trenes EFE Santiago-Chillán/Concepción (TerraSur)

2.4. Étnicos

Tabla N° 5: Población según Etnia declarada, Comuna de Linares Región del Maule 2009

ETNIA	Cantidad de Personas	
	Comuna	Porcentaje
Alacalufe	9	0,01
Atacameño	4	0
Aymará	6	0,01
Mapuche	675	0,81
Rapanui	16	0,02
Yámana	8	0,01

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015, Ministerio de Desarrollo Social

La presencia de población originaria es muy pequeña, menos de 1 %, sin embargo el sistema de salud comunal la atiende respetando su cultura y creencias.

Tabla N° 6 : Población inmigrante residente según país de origen a Octubre 2017

PAIS	N°
Colombia	5
Bolivia	1
Cuba	1
Ecuador	1
Haití	75
Venezuela	14
TOTAL	97

Fuente: DIDECO, comuna Linares, 2017

Por otra parte, y pese a solo contar con datos preliminares oficiales de la presencia de extranjeros en nuestra comuna, la llegada de personas procedentes de Venezuela, Colombia, Cuba, Bolivia, Ecuador y últimamente Haití, es un fenómeno en crecimiento. Esto ha determinado una adaptación de nuestros sistemas de atención, especialmente con el arribo de los haitianos, tanto por razones culturales, como idiomáticas.

2.5. Culturales

La comuna de Linares, posee un gran acceso a la cultura, dada la existencia de:

Teatro Municipal: Ubicado en Pleno corazón del centro de Linares, el cual fue remodelado el 2012, en el cual se presentan distintas obras artísticas de toda índole siendo el lugar cultural por excelencia dirigido por el Departamento de Cultura de la Municipalidad de Linares con una amplia cartelera.

Museo de Arte y Artesanía: Albergado en una hermosa casona de tipo colonial, fue fundado el 12 de octubre de 1966 y sus colecciones se formaron gracias a la generosidad de los artistas nacionales que reunieron más de 200 obras de arte, las que abarcan un siglo de producción plástica nacional (1880-1980), y también a los aportes que hicieron el Museo Histórico Nacional y el Museo Nacional de Bellas Artes. El museo periódicamente realiza exposiciones temporales de artes visuales y artesanía popular, recitales poéticos, conferencias, talleres de folclore, literatura y plástica, y ciclos de vídeo documental y de cine. El museo es un importante espacio cultural abierto a toda la comunidad.

Fiestas Costumbristas:

- Fiesta del Vino Navegado
- Fiesta del Criancero
- Trilla a Yegua Suelta
- Fiesta de la Cruz de Mayo
- Feria Gastronómica Palmilla Ají
- Fiesta de la Chilenidad

Biblioteca Pública Municipal: Su función cultural y patrimonial es el acceso libre y voluntario a la lectura, la investigación y la creatividad; sus colecciones contribuyen al conocimiento científico-técnico y a la recopilación, conservación y difusión del patrimonio cultural de la comunidad, conservando así su identidad. En su función social es un agente dinámico, proporcionando libre acceso a la información de medios impresos y/o digitales. Con el Programa Biblioredes otorga acceso libre a Internet y otros medios digitalizados; relacionando a diferentes grupos de la comunidad al concitar acciones conjuntas entre ellos.

2.6. Socioeconómicos

Tabla Nº 7: Estimación de Incidencia de pobreza (%). Comuna de Linares, Región del Maule 2015

	Comuna	Región del Maule	País
Pobreza por ingresos	14,9	18,7	11,3
Pobreza Multidimensional	22,8	22,5	20,9
Porcentaje Ruralidad	12,4	32,6	12,7
Porcentaje Beneficiarios FONASA	86,6	86,6	77,7

Fuente: Encuesta CASEN 2015

El nivel de pobreza muestra un persistente descenso, sin embargo sigue siendo uno de los más altos a nivel regional, lo que unido a los indicadores de desempleo presentes, hacen de nuestros usuarios personas dependientes del sistema público CASI exclusivo para su atención de salud

Tabla Nº 8: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Linares, Región del Maule 2009.

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidio Monetario	Ingreso Monetario
COMUNA	**367.562**	**29.419**	**396.981**
REGIÓN	495.737	23.947	519.684
PAÍS	735.503	18.792	754.295

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Relacionado con el cuadro anterior donde el promedio de ingresos es el más bajo de la región y nacional, donde apenas alcanza el 52% del ingreso a nivel nacional.

Tabla Nº 10: Tasas de ocupación, desocupación y participación. Comuna de Linares, Región del Maule 2006-2009.

Territorio	Tasa de Ocupación*		Tasa de Desocupación**		Tasa de Participación***	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
COMUNA	**53**	**46**	**9**	**13**	**58**	**53**
REGIÓN	51	48	7	9	55	52
PAÍS	53	50	7	10	57	56

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Se mantienen los indicadores que hacen a nuestra comuna una de las más pobres del país, con un alto porcentaje de cesantía y dependencia económica

Tabla Nº 11: Número de trabajadores por rama de actividad 2009-2011-2013

Origen	Comuna		
	2009	2011	2013
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	7.305	11.170	11.161
Pesca	0	0	0
Explotación de minas y canteras	62	108	112
Industrias manufactureras no metálicas	1.809	2.250	3.213
Industrias manufactureras metálicas	307	404	417
Suministro de electricidad, gas y agua	92	116	112
Construcción	2.583	2.861	3.130
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	5.226	6.529	7.926
Hoteles y restaurantes	633	767	899
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	1.115	1.066	1.319
Intermediación financiera	18	34	36
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	715	831	1.057
Administración pública y defensa, planes de seguridad social afiliación obligatoria	915	1.109	881
Enseñanza	814	769	835
Servicios sociales y de salud	279	338	399
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	1.693	1.683	1.768
Consejo de administración de edificios y condominios	0	6	2
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0	0	0
Sin información	1	1	2
Total	23.567	30.042	33.269

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

El mayor tipo de empleo está dado por la actividad agrícola, la cual por su estacionalidad, hace muy precario el nivel de ingresos de las familias, y explica *la dependencia de ayuda estatal de nuestra población,*

Otra importante fuente laboral, es la de servicios y comercio, con un 23,8% de la población laboralmente activa dedicada a eta rama de la actividad laboral, siendo muchas veces, pequeño comercio, con bajas rentas y capacidad de crecimiento.

2.7. Educacionales

Tabla Nº 12: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Linares, Región del Maule 2009.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	9,24
REGIÓN	9,05
PAÍS	10,38

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Nuestra comuna presenta un nivel de escolaridad superior al nivel regional, pero muy por debajo del nivel nacional.

Tabla Nº 13: Nivel educacional de la Población. Comuna de Linares, Región del Maule 2009.

Nivel Educacional	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Educación	5,03	6	4
Básica Incompleta	19	24	14
Básica Completa	10,5	14	11
Media Incompleta	19,7	16	19
Media Completa	27,3	26	30
Superior Incompleta	6,06	6	10
Superior Completa	5,7	8	12

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Nuestra comuna mantiene las características de comuna pobre, que se demuestra en esta tabla con un alto promedio de escolaridad básica y media incompleta, con escasa educación superior y, donde la educación superior completa no alcanza a ser la mitad de la del nivel nacional.

2.8. Vivienda

Tabla Nº 14: Tipo de tenencia de la vivienda. Comuna de Linares, Región del Maule 2009

Tenencia	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Viviendas Pagadas	**65,1**	58	55
Viviendas Pagándose	**9,7**	12	12
Arrendadas	**9,4**	11	17
Cedidas	**22,6**	17	14
Usufructo	**0,2**	0	0
Ocupación Irregular	**0,6**	1	1

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Existe un alto porcentaje donde la tenencia de la vivienda no está afecta a pago pendiente, relacionado con el alto número de viviendas sociales entregadas a nuestra población, vía subsidio.

Tabla Nº 15: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de Linares, Región del Maule Julio 2013

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Hacinamiento Medio	**20,24**	20,52	19,88
Hacinamiento Crítico	**2,06**	2,03	2,32

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015, Ministerio de Desarrollo Social

2.9. Servicios Básicos y Saneamiento

Descripción del acceso a Servicios Básicos (agua potable, electricidad, alcantarillado)

Tabla Nº 16: Indicador de Saneamiento. Comuna de Linares, Región del Maule 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
COMUNA	**13,82**
REGIÓN	20,74
PAÍS	16,98

Fuente: Ficha de Protección Social, cierre julio 2013. Encuesta Casen 2015

El acceso a servicios básicos de nuestra comunidad está por sobre los niveles regionales y nacionales con un 86,2 % de los hogares que cuentan con estos servicios. Sin embargo, aún no es suficiente para mantener una situación de calidad de vida aceptable.

2.10. Seguridad Social

Tabla Nº 17: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud, Comuna de Linares, Región del Maule 2009

Lugar	Público	ISAPRE	Particular
COMUNA	91,4	4,32	4,21
REGIÓN	88,12	6,10	5,77
PAÍS	78,79	13,04	8,17

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

Destaca que más del 90 % de la población pertenece al sistema público de salud, muy por encima de la realidad del resto del país. La dependencia de la comunidad hacia los programas que se le puedan ofrecer para la mantención de niveles aceptables de salud, los hace muy demandantes y se debe optimizar los recursos permanentemente para dar abasto con las exigencias en esta área tan sensible.

2.11. Desarrollo Comunitario

Tabla N° 18: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Tipo de Organización	Número
Clubes Deportivos	126
Centro de Madres	61
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	92
Centros de Padres y Apoderados	65
Junta de Vecinos	134
Uniones Comunales	4
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	535
TOTAL	1017

Fuente: Encuesta Casen 2015

Existencia de gran número de organizaciones de base comunitaria, quienes integradas a salud a través de los Consejos de Desarrollo, han contribuido a la generación de diagnósticos participativos que permiten generar intervenciones y programas para el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida de la comunidad.

3. Indicadores Demográficos

3.1. Tasas de Mortalidad

3.1.1.Mortalidad General (Índice de Swaroop)

Tabla N°19: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Linares, Región del Maule, Chile 2014

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
COMUNA	**6,8**	**8,0**	**5,6**	**79,1%**	**72,9%**	**87,3%**
REGIÓN	6,0	6,6	5,4	78,6%	74,4%	84,0%
PAÍS	5,7	6,1	5,3	77,3%	72,2%	83,2%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

La comuna de Linares mantiene una alta tasa de mortalidad respecto a los valores regionales y nacionales. La cual está dada por el elevado valor de la mortalidad en varones., Entre las causas se encuentran las externas: traumatismos y accidentes en adultos jóvenes y en la edad media las causas serian el ACV y cirrosis hepática entre otras.

3.1.2. Mortalidad Infantil

Tabla N° 20: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 días)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
COMUNA	**7,2**	**6,5**	**0**
REGIÓN	8,4	6,3	1,6
PAÍS	7,3	5,2	2,1

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

* Tasa por 1.000 nacidos vivos.

La Mortalidad Infantil se mantiene dentro de los rangos del país, con una significativa dependencia de la Mortalidad Neonatal.

Tabla Nº 21: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de Linares, desde año 2010 a 2014

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
2010	16,0	7,1	76,5%	9,0
2011	15,2	6,9	77,6%	11,6
2012	14,1	6,3	79,3%	3,1
2013	15,0	6,9	79,0%	4,4
2014	15,2	6,8	80,0%	7,2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

Tasa de Natalidad que mantiene fluctuaciones importantes, con un aumento esperado el año 2010, situación que ocurre generalmente tras un evento como el terremoto que afectó a nuestra zona. Luego de la baja del 2012 ha remontado, manteniendo tendencia al alza.

La tasa de Mortalidad general se mantiene durante los últimos 4 años con variaciones poco significativas.

3.1.3. Mortalidad Materna

Tabla N° 22: Tasas de Mortalidad Materna, Comuna de Linares, Región del Maule 2008-2014

Territorio	Año						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
COMUNA	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	7,4	0,0
REGIÓN	0,7	1,4	1,4	2,9	2,2	2,2	1,4
PAÍS	1,7	1,7	1,8	1,8	2,2	2,1	2,2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

Tasa altamente sensible, en el cual una muerte significa apartarse significativamente de los valores regionales y nacionales, tal como ocurre en los años 2009 y 2013.

3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla N° 23: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez 1-4 años	Tasa de Mortalidad de la Niñez 5-9 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 10-19 años
COMUNA	**0,00**	**0,00**	**0,44**
REGIÓN	0,36	0,16	0,24
PAÍS	0,29	0,14	0,19

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tasas de mortalidad de 1 a 9 años en la comuna inferiores en relación a la región y país. Sin embrago la tasa de mortalidad adolescente es significativamente superior, lo que obliga a estudiar causas y realizar labor de prevención en este grupo etareo.

3.1.5. Mortalidad del Adulto

Tabla N° 24: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**1,35**	**0,54**	**6,94**	**3,51**
REGIÓN	1,4	0,53	5,86	3,35
PAÍS	1,37	0,56	5,99	3,38

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

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

Tasa de mortalidad en grupo etareo 20-44 años similar a la región y país, pero destaca la tasa en los hombres de grupo de 45-64 años, donde se muestra un alza significativa respecto a la región y país.

3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla N° 25: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**38,0**	**18,3**	**150,7**	**107,2**
REGIÓN	28,2	18,6	130,8	101,4
PAÍS	28,7	17,6	128,6	98,8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015

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

Valores significativamente más altos respecto a lo regional y nacional, demostrando el envejecimiento poblacional de la comuna.

3.1.7. Mortalidad por Causas

Tabla N° 26: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región del Maule 2013-2014

GRUPOS DE CAUSAS		2013				2014			
		PAÍS		REGIÓN		PAÍS		REGIÓN	
		Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
	Total de Causas	**99,770**	**5.7**	**6,383**	**6.21**	**101,971**	**5.72**	**6,196**	**5.98**
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,493	14.14	118	11.48	2,589	14.53	115	11.10
C00-C97	Tumores Malignos	24,592	139.48	1,599	155.51	25,012	140.37	1,530	147.7
C00-D48	Tumores (neoplasias) (incluye Tumores Malignos)	25,687	145.69	1,666	162.03	26,036	146.11	1,586	153.1
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,876	27.65	322	31.32	5,170	29.01	265	25.59
F00-F90	Trastornos mentales y del comportamiento	2,064	11.71	110	10.70	1,835	10.30	87	8.40
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	3,706	21.02	187	18.19	3,582	20.10	182	17.57
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	27,660	156.88	1,760	171.17	28,299	158.81	1,771	171.0
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	10,269	58.24	782	76.06	10,410	58.42	698	67.40
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	7,349	41.68	383	37.25	7,428	41.69	429	41.43
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	2,883	16.35	188	18.28	2,993	16.80	190	18.35
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	766	4.34	42	4.08	855	4.80	57	5.50
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	941	5.34	61	5.93	973	5.46	68	6.57
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2,195	12.45	148	14.39	2,635	14.79	130	12.55
V00-Y98	Causas externas	7,617	43.20	533	51.84	7,720	43.32	525	50.70
Resto de códigos	Resto de causas	1,264	7.17	83	8.07	1,446	8.11	93	8.98

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015

3.2. Esperanza de Vida al nacer

Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 1950 y 2025

Periodo	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1950-1955	54,80	52,91	56,77
1955-1960	56,20	53,81	58,69
1960-1965	58,05	55,27	60,95
1965-1970	60,64	57,64	63,75
1970-1975	63,57	60,46	66,80
1975-1980	67,19	63,94	70,57
1980-1985	70,70	67,38	74,16
1985-1990	72,68	69,59	75,89
1990-1995	74,34	71,45	77,35
1995-2000	75,71	72,75	78,78
2000-2005	77,74	74,80	80,80
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,10	76,12	82,20
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2004

El aumento de la Esperanza de Vida que aumentará en la década 2020-2025, donde el sexo femenino alcanzará los 83 años, plantea un gran desafío para los equipos de salud para ayudar a mantener una buena calidad de vida a esta población, formada mayoritariamente por viudas que viven solas.

3.3. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 27: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Linares, Región del Maule 2015

Territorio	Año								
	2012			2013			2014		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	345	6,418	7,155.2	378	7,123	8,022.3	380	6,940	7,802.2
REGIÓN	3,908	76,549	7,621.9	3.936	75,639	7,507.2	3,778	75,177	7,412.6

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015

Tasa que muestra leve descenso, lo cual es importante porque representa la muerte de la población en forma prematura, y que debe revisarse para implementar medidas a grupos vulnerables. *Especial interés es determinar las muertes causadas por accidentes, cáncer que afectan a población joven.*

3.4. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La Vigilancia Epidemiológica, Función Esencial de Salud Pública es entendida como el proceso, a través del cual se realiza la recolección de datos, su análisis, interpretación y difusión de información sobre un problema de salud determinado, siendo una herramienta esencial para la toma de decisiones en Salud Pública.

Dentro del modelo de vigilancia, tenemos diferentes tipos de notificación:

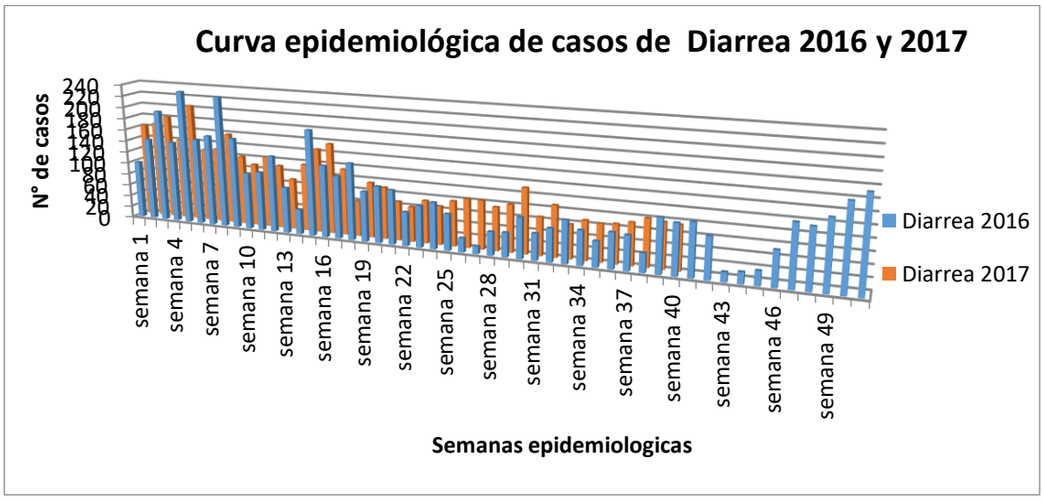
- Enfermedades de Notificación Inmediata
- Enfermedades de Notificación Diaria
- Notificación exclusiva a través de establecimientos centinelas

Todos estos problemas de salud pueden presentarse como BROTES (la ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio) de causa infecciosa o no infecciosa DEBE SER NOTIFICADO EN FORMA INMEDIATA, es por éste motivo que es tan importante poseer un equipo de vigilancia epidemiológica ya que además debe actuar en caso de emergencias y desastres.

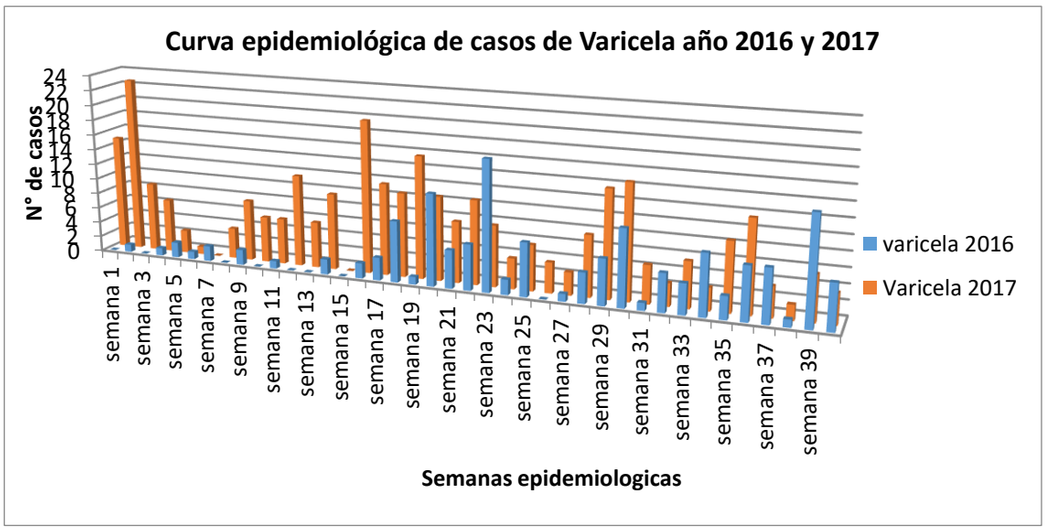
A nivel comunal, se cuenta con un delegado de la unidad de epidemiología en cada Centro de Salud, y a su vez un delegado Comunal de vigilancia, que realiza trabajo en Red con los niveles de atención secundaría y Seremi de salud, dentro de las funciones son: En caso de sospecha verificar la información, notificar y validar, cumplir con las medidas de control y educación en terreno, para disminuir los riesgos asociados.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNAL

Dentro del modelo de vigilancia antes mencionado, durante el año 2016-2017, se pueden observar los siguientes gráficos.



Dentro de las notificaciones con respecto a las semanas epidemiológicas, es posible comparar los casos de diarrea registrados a nivel comunal, siendo muy parecidos en cuanto a la incidencia de casos, como podemos ver hay un aumento esperado durante la época de calor, las cuales comienza aproximadamente durante la semana número 47 y va disminuyendo en la semana 17 se cada año, todo esto puede darse con los diferentes fenómenos de cultura de la población, donde se exponen con mayor riesgo a sufrir cuadros diarreicos, por la mala conservación de los alimentos al calor, como también otras condiciones propias del consumidor.



Durante el año 2017, hubo un aumento considerable en las notificaciones de varicela, en comparación con 2016, situación esperada por la característica aparición de brotes cada cierto tiempo de la patología, con un leve aplanamiento de la curva de comportamiento epidemiológico durante las siguientes semanas epidemiológicas.

Notificación de enfermedades obligatorias	
Año 2016	3 notificaciones
Año 2017 *	4 notificaciones

**Hasta la semana epidemiológica 40.*

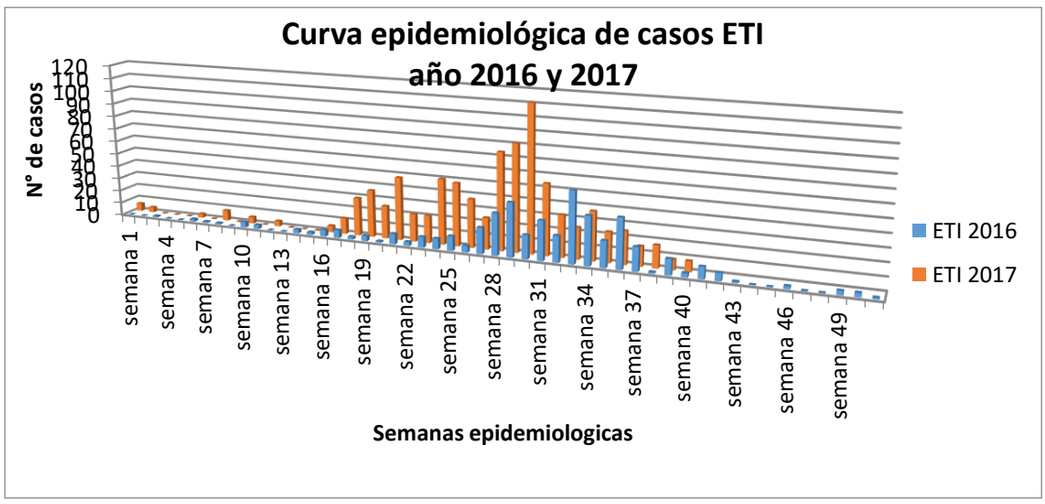
Dentro de las notificaciones de carácter obligatorio que se notifican en atención primaria, tenemos un resultado muy parecido en ambos años, pero hay que tener en consideración que las investigaciones epidemiológicas se hacen frecuentemente, debido a que hay muchas enfermedades que se notifican en atención secundaria de salud y en coordinación con ellos se realiza las visitas en terreno para evaluación de casos y además las educaciones a la población.

Estudios de casos de Brotes	
Año 2016	7 estudios
Año 2017*	8 estudios

**Hasta la semana epidemiológica 40.*

Hasta la semana epidemiológica N°40 del año 2017, se han realizado 8 estudios epidemiológicos de brotes, los cuales se deben a patologías como diarreas y varicelas principalmente, debido a que diariamente se notifica por los SAPU Y SAR, nóminas de pacientes con dichas patologías, donde se busca principalmente un nexo epidemiológico, para determinar brote y realizar el estudio.

SITUACION DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) EN CENTROS CENTINELAS DE LA COMUNA DE LINARES, CESFAM SAN JUAN DE DIOS.

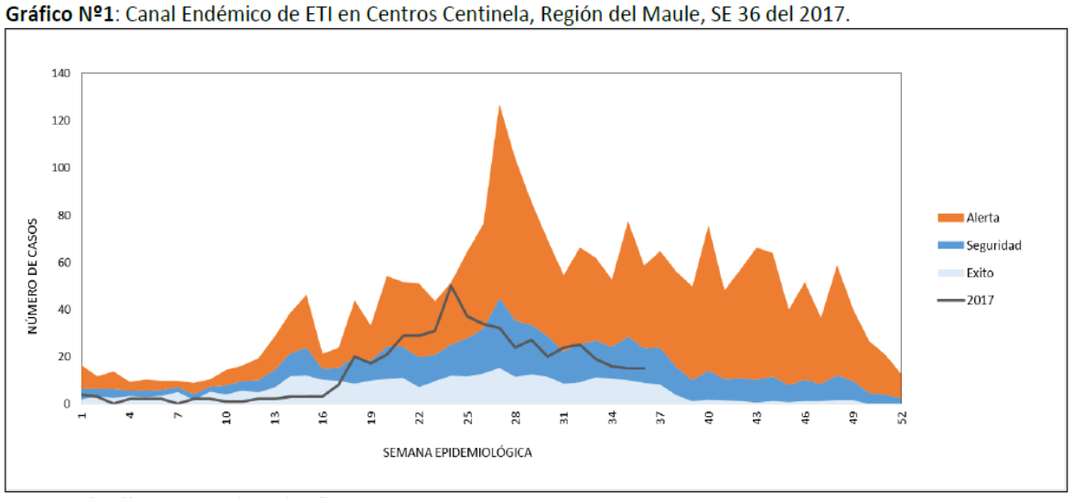


Con respecto a las semanas epidemiológicas del año 2016-2017, es posible comparar los casos de Enfermedades tipo Influenza (ETI) registrados a nivel comunal, siendo muy parecidos en cuanto a la incidencia de casos, como podemos observar, hay un aumento esperado durante la época de invierno, atribuibles a los cambios de temperatura bajos, que contribuyen a un riesgo de enfermar con este tipo de patologías.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA REGIONAL

SITUACION DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) EN CENTROS CENTINELAS DE LA REGIÓN DEL MAULE, CESFAM CERRO ALTO (CONSTITUCIÓN), CESFAM SAN JUAN DE DIOS (LINARES) Y CESFAM LA FLORIDA (TALCA)

Gráfico Nº1: Canal Endémico de ETI en Centros Centinela, Región del Maule, SE 36 del 2017.



Nota: *Canal endémico construido con los años 2012-2016.*
Fuente: *Vigilancia Centinela ETI, Unidad Epidemiología, SEREMI de Salud del Maule.*

El número de casos notificados de ETI en la semana epidemiológica N°36 en los centros centinelas de la región corresponde a un total de 15 casos, 60% son pacientes de sexo masculino. Manteniendo el mismo número de casos observado en la semana anterior (SE35: 15). El canal endémico exhibe que el número de notificaciones de ETI se encuentra en la zona de seguridad, con una tasa de notificación de 11,09 por cien mil habitantes en base a la población inscrita en los centros. El número total de casos notificados de ETI en los centros centinelas acumulado a la fecha (SE 1-36) es de 527 casos, correspondiendo en un 50,28 % a pacientes de sexo masculino, el grupo etario que presenta mayor notificación es el grupo de 20-64 años con un 36,43%.

Tabla Nº 28: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de Linares, Región del Maule 2010-2014.

Años	TASAS												
	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	Hepatitis A	Hidatidosis	Meningitis Meningococxica	Parotiditis	Coqueluche	Tuberculosis	Rubeola	Sífilis	Gonorrea	VIH-Sida	Difteria	Hanta
2010	0.9	0.6	1.2	0.2	4.7	0.5	9.0	0.0	7.8	3.4	0.0	0.0	0.9
2011	0.5	1.0	1.5	0.4	4.0	8.9	7.5	0.0	7.6	2.3	0.0	0.0	0.6
2012	0.5	1.2	1.6	0.1	6.8	8.3	8.6	0.0	9.7	2.0	0.0	0.0	0.4
2013	0.3	0.0	2.1	0.4	6.3	4.8	9.5	0.0	12.2	2.8	0.0	0.0	0.8
2014	7.5	112.3	30.5	1.2	82.2	107.7	204.7	0.0	417.9	140.6	0.0	0.0	5.5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2010-2014.
* Tasa por 100.000 habitantes.

Se destaca la activa notificación que realizan los profesionales de salud de estas patologías y donde se debe poner mayor énfasis en prevención de estas patologías.

Medidas ambientales

Durante el primer semestre del año 2017, se implementó por primera vez, el Sistema de Alertas Sanitarias para la comuna de Linares, con el objetivo de controlar las emisiones de material particulado, especialmente en lo referente a las emisiones de contaminantes producidos por el uso de leña para calefacción y su directa relación con la salud de la comunidad.

Tomando como referencia la situaciones de emergencias (seis días) y preemergencia (18 días) ocurridas durante el 2016, se determinaron medidas para bajar estos indicadores existiendo restricción de emisión de humo visible, con dictación de días de emergencia y preemergencia, con una labor inicialmente educativa y luego la aplicación de sanciones a quienes infrinjan la normativa vigente.

Este sistema además, contempla el recambio de los sistemas de calefacción de los hogares, por otro que sea sustentable y sin daño para la salud

3.5. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)

Tabla N° 29: Total de Consultas

TIPO DE CONSULTA	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA	TOTAL	TASA
	2014		2015		2016	
CONSULTA MEDICA	38,835	0,51	37,060	0,68	32,009	0,40
CONTROLES MEDICOS	14,335	0,19	16,426	0,21	13,209	0,16
CONSULTAS MEDICAS SALUD MENTAL	4,498	0,05	4,817	0,06	3,668	0,04

Fuente: Serie rem Enero a Diciembre 2014, 2015 y 2016

Tasa de consulta morbilidad y controles, aún bajo los estándares de una consulta/habitante inscrito. Este año ha sido incorporada a las Metas IAAPS. Revela la brecha entre las necesidades y los recursos humanos existentes, mostrados en esta tabla respecto a uno de los profesionales del equipo de salud, pero que se hace homologable a todos los otros estamentos.

3.6. Exámenes de Salud

Tabla N° 30: Total de Exámenes de Salud realizados, Comuna de Linares, Región del Maule 2014

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO			EXÁMENES RADIOLOGICOS			EXÁMENES ECOTOMOGRÁFICOS		
	Total	Produc propia	Compra de servicio	Total	Produc propia	Compra de servicio	Total	Produc propia	Compra de servicio
COMUNA	146,579	146,403	176	4,233	476	3,757	1,652	383	1,269
REGIÓN	2,620,030	1,151,279	1,468,751	51,748	6,625	45,123	16,138	6,306	9,832

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015

Tabla N° 30.1: Total de Exámenes de Salud realizados en relación a inscritos validados, Comuna de Linares, Región del Maule 2015-2017

Territorio	2015			2016			2017		
	Total exámenes realizados	Población inscrita	%	Total exámenes realizados	Población inscrita	%	Total exámenes realizados	Población inscrita	%
COMUNA	146.403	78089	1,9	224.380	78734	2,8	242.689	81379	3,0

Fuente: Ssmaule/dig

El Departamento de salud cuenta con laboratorio donde absorbe más del 90 % de los exámenes, el otro 10 % se realiza mediante compra de servicio al hospital base de Linares. Los exámenes radiológicos y ecotomográficos son otorgados mediante convenios con el SSM y beneficia a un número importante de la población, esto se realiza a través de la compra de servicios a privados.

3.7. Egresos Hospitalarios

CODIGOS CIE – 10	**GRUPOS DE CAUSAS**	**Región**	**Linares**
	EGRESOS TOTALES	**70,017**	**6,976**
O00 – O99	Embarazo, Parto y Puerperio	14,155	1,710
K00 – K93	Enfermedades Sistema Digestivo	8,547	918
J00 – J99	Enfermedades Sistema Respiratorio	6,472	760
S00 – T98	Traumatismo, Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	5,856	634
I00 – I99	Enfermedades Sistema Circulatorio	5,846	621
N00 – N99	Enfermedades Sistema Genitourinario	5,550	643
C00 – D48	Tumores	3,498	426
	Resto de Causas	11,978	1,264

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2015.

Sección III: Diagnóstico de Salud

1. Diagnóstico de Salud Por Sector

N° 32: Población en control con patologías PSCV año 2016

CESFAM	DISLIPIDEMIAS	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSION
SAN JUAN DE DIOS	1615	1732	4331
OSCAR BONILLA	690	957	2449
VALENTIN LETELIER	1196	730	1831
LUIS NAVARRETE	248	214	654
	3749	3633	9265

Fuente: ssmaule.cl/dig

La situación de salud actual refleja que la población hipertensa lidera dentro de los diagnósticos del Programa Cardiovascular, lo que de acuerdo a la prevalencia actual debemos ir en busca de la población diabética que aún no alcanza los niveles esperados de cobertura país.

Tabla N° 33: Población en control según riesgo cardiovascular año 2016

CESFAM	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO
SAN JUAN DE DIOS	2403	310	2240
OSCAR BONILLA	1449	71	1123
VALENTIN LETELIER	1016	94	992
LUIS NAVARRETE	341	37	369
10445	5209	512	4724

Fuente: ssmaule.cl/dig

Los riesgos cardiovasculares alto y moderado representan entre el 49 y 45% del total lo cual refleja que la concentración de recursos debe ir hacia estos pacientes para evitar complicaciones de sus patologías.

Tabla N°34: Población en control con ACV –IAM año 2016

CESFAM	ACV	IAM
SAN JUAN DE DIOS	110	90
OSCAR BONILLA	132	60
VALENTIN LETELIER	75	42
LUIS NAVARRETE	17	17
	334	199

Fuente: ssmaule.cl/dig

Importante saber que tenemos más pacientes con antecedentes de ACV, ya que son pacientes secuelados que requieren más cobertura de atención por profesionales.

Tabla N° 35: Población Diabética con uso de insulina año 2016

CESFAM	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SAN JUAN DE DIOS	151	274	425
OSCAR BONILLA	67	135	202
VALENTIN LETELIER	44	88	132
LUIS NAVARRETE	11	26	37
	273	523	796

Fuente: ssmaule.cl/dig

Destacar que son más las mujeres en tratamiento con insulina que los varones, esto dado también porque a las mujeres les cuesta mucho más seguir con las indicaciones de actividad física y alimentación y a la vez porque les cuesta incorporar el tema alimentario a nivel familiar

Tabla N° 36: Población con enfermedades respiratorias SBOR año 2016

CESFAM	LEVE	MODERADO	SEVERO
SAN JUAN DE DIOS	51	15	0
OSCAR BONILLA	85	3	0
VALENTIN LETELIER	54	14	0
LUIS NAVARRETE	32	0	0
	222	32	0

Fuente: ssmaule.cl/dig

Destacar que el 87% de las consultas son por enfermedades respiratorias leves lo cual convoca a realizar actividades de tipo preventivas en la población y medir tasa de impacto de consultas para el próximo año.

Tabla N° 37: Población en control con Asma Bronquial año 2016

CESFAM	LEVE	MODERADA	SEVERA
SAN JUAN DE DIOS	183	37	23
OSCAR BONILLA	228	5	0
VALENTIN LETELIER	192	33	6
LUIS NAVARRETE	21	2	0
	624	77	29

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 85% de la población con diagnóstico de asma bronquial corresponde a etapa leve, lo que implica que el control de seguimiento profesional debiera mantenerse para evitar que estos pacientes se compliquen.

Tabla N° 38: Población en Control con EPOC, año 2016

CESFAM	O2 DEPENDIENTE	TIPO A	TIPO B
SAN JUAN DE DIOS	51	307	60
OSCAR BONILLA	12	98	14
VALENTIN LETELIER	21	73	6
LUIS NAVARRTE	0	32	1
	84	510	81

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 14% de los pacientes son 02 dependiente, esto implica una mayor cobertura de atención para estos usuarios, ya que pueden presentar más crisis respiratorias y complicaciones posteriores, importante diagnostico precoz para evitar llegar a esta complicación. Implica una programación más efectiva en el área preventiva.

Tabla: N° 39: Población en Control con otras patologías año 2016

CESFAM	ALIVIO DEL DOLOR	ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA	EPILEPSIA	HIPOTIROIDISMO	PARKINSON
SAN JUAN DE DIOS	7	1543	126	453	57
OSCAR BONILLA	8	617	176	611	40
VALENTIN LETELIER	2	109	37	278	20
LUIS NAVARRETE C	0	92	24	123	8
	17	2361	363	1465	125

Fuente: ssmaule.cl/dig

La mayor cantidad de consultas la lideran las patologías de artrosis, seguida de hipotiroidismo, parkinson y epilepsia. Esto refleja que el trabajo de los CESFAM debe ir hacia un manejo más preventivo de los FAR de artrosis como son evitar el sedentarismo y tener alimentación saludable, lo cual se debe reflejar en el área programática.

Tabla N° 40: Consultas de Morbilidad General año 2016

CESFAM	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SAN JUAN DE DIOS	5200	8345	13545
OSCAR BONILLA	2837	5013	7850
VALENTIN LETELIER	1693	2969	4662
LUIS NAVARRETE	880	1799	2679
	10880	18126	29006

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 62% de las consultas por morbilidad general son mujeres, lo más probable porque se dan el tiempo para consultar, no así los varones que consultan en forma tardía y cuando se sienten más complicados.

Tabla N° 41: Población en control según funcionalidad del Adulto Mayo año 2016

CESFAM	S/RIESGO	C/RIESGO	RIESGO DE DEPENDENCIA	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA GRAVE
SAN JUAN DE DIOS	635	666	217	150	45	49
OSCAR BONILLA	626	472	227	14	32	54
VALENTIN LETELIER	469	349	98	104	12	28
LUIS NAVARRETE	49	50	0	19	1	0
4366	1779	1537	542	287	90	131

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 40% de los adultos mayores son autovalentes y el 47% son c/riesgo y r. de dependencia lo cual refleja que debemos concentrar el trabajo en este 47% para lograr mejorar su funcionalidad, esto se debe reflejar en la programación de actividades de los profesionales.

Tabla N° 42: Atención Domiciliaria por dependencia Severa año 2016.

CESFAM	CON ESCARAS	CON ESTIPENDIO	DEPENDENCIA SEVERA
SAN JUAN DE DIOS	9	115	124
OSCAR BONILLA	3	23	69
VALENTIN LETELIER	7	7	40
LUIS NAVARRETE	5	16	32
	24	161	265

Fuente: ssmaule.cl/dig

Destacar que el 9% de los pacientes postrados esta con escaras, esto debido a diferentes razones, pero implica más horas de enfermero y más intervención educativa con los cuidadores.

Tabla: N°43: Población en control por estado nutricional niño/as menores de 10 años, año 2016

CESFAM	DESNUTRIDO	RIESGO B/P	NORMAL	SOBREPESO	OBESO
SAN JUAN DE DIOS	8	78	2077	749	432
OSCAR BONILLA	4	70	1591	603	356
VALENTIN LETELIER	1	15	1148	403	236
LUIS NAVARRETE	0	22	376	160	97
8426	13	185	5192	1915	1121

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 13% de la población bajo control infantil esta con obesidad, lo cual está por sobre las exigencias ministeriales, para esto es importante trabajar con las familias de manera más proactiva ya que hasta el momento el control intrabox no genera impacto. Destacar además que un 0,2% son desnutridos y esto se explica por familias con alimentación vegana, las cuales no siguen las indicaciones dadas en el control.

Tabla N° 44: Población en Control por estado Nutricional Población Adulto mayor año 2016

CESFAM	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESO
SAN JUAN DE DIOS	117	601	610	469
OSCAR BONILLA	103	545	427	310
VALENTIN LETELIER	92	379	356	232
LUIS NAVARRETE	3	58	63	62
4417	315	1583	1456	1063

Fuente: ssmaule.cl/dig

El 32% de los adultos mayores están sobrepeso y el 29% con obesidad lo cual sobrepasa los márgenes esperados y nos convoca a trabajar con talleres de actividad física que reflejen algún impacto en su estado nutricional.

2. Diagnostico Participativo

El Diagnóstico participativo en nuestra comuna se desarrolló en tres etapas estas son:

1. – Convocatória y realización de **"**2DA JORNADA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN APS LINARES", 04/08/2017.
2. – Aplicación de Encuesta de Diagnóstico participativo a establecimientos educacionales, salas cuna y jardines infantiles pertenecientes al radio de acción de cada CESFAM.

3. - Análisis de resultados y elaboración de documento final.

En la Comuna de Linares se encuentran conformados 5 consejos de desarrollo que convocan organizaciones comunitarias e instituciones em cada Centro de Salud dependientes del Depto. Comunal de salud.

Metodología aplicada para elaboración de Diagnóstico Participativo:

Se desarrolló trabajo grupal con la Técnica árbol de problemas para identificar las necesidades y problemas que la comunidad identifica como sentidos y priorizados por ellos, donde se señalaron Problemas y sus causas, consecuencias y propuestas de soluciones.

A demás por su parte, un grupo de representantes de los equipos de salud también dieron su visión de los problemas, consecuencia y posibles soluciones.

Se aplicaron 44 encuestas diagnóstico de la realidad local de las cuales 24 corresponden a Escuelas y Liceos Municipales, 11 Colegios particulares subvencionados y 9 salas cunas y jardines infantiles

Principales problemas priorizados por los representantes de la comunidad y redes:

1.- Falta de Horas médicas en los Cesfam para cubrir necesidades de los pacientes.

2.- Déficit de horas especialistas y demora en respuesta de Interconsultas desde Hospital.

3.- Infraestructura de los Cesfam se hace insuficiente y se encuentra deteriorada con los años.

4.- Falta de horas de profesionales equipo postrados para atención de pacientes con dependencia severa

5.- Falta de entrega de Información de los programas de salud a la comunidad

6.- Déficit de trabajo con familias en prevención de factores de riesgo como Tabaquismo, drogadicción y sexualidad a temprana edad niños y adolescentes.

7.- Largo Tiempo de espera en disponibilidad de horas para toma de exámenes.

8.- Poca participación y protagonismo de los líderes sociales que son convocados a los Consejos de desarrollo, deben difundir más a su comunidad la información que reciben.

9.- Contaminación ambiental en períodos invernales por chimeneas y aumento de enfermedades respiratorias en niños y adultos mayores.

10.- Falta de medicamentos en algunos períodos del año.

11.- Aumento en la población, de enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión, infartos).

12.- Mal uso de espacios públicos y aumento microbasurales

Propuesta de Soluciones:

- Aumentar contratación de profesionales en especial médicos
- Entrega de más información desde los CESFAM a las organizaciones sociales
- Que los dirigentes sociales trabajen en la motivación de sus representados, en la participación más activa y difundan información en la comunidad. Que salgan a terreno y visiten sus organizaciones
- Mejorar el trabajo en redes con otras instituciones
- Difusión de los programas y prestaciones de salud en TV de los cesfam
- Reposición de CESFAM Oscar Bonilla y mejora de infraestructura en Cesfam que lo requiera.
- Que la comunidad tenga acceso a catastro de rechazos de horas médicas para presentar esa necesidad a la autoridad competente.
- Realizar operativos de salud y ferias saludables en los barrios y espacios públicos
- Aumentar el trabajo en promoción a través de talleres en colegios

Principales Problemas priorizados por los representantes de los Equipos de salud.

1.- Falta de dotación adecuada para la demanda de la población.
2.- Infraestructura insuficiente en los centros de salud, existen profesionales que no cuentan con espacio para la atención de los pacientes.
3.- Usuarios con deficiente Autocuidado, no siguen las indicaciones respecto de su salud lo cual aumenta su descompensación.
4.- Usuarios exigen sus derechos y olvidan sus deberes.
5.- Aumento de agresividad de los usuarios en contra de los funcionarios
6.- Usuarios se resisten a trasladarse de Centro de salud que le corresponde por domicilio y sector.
7.- Usuarios que no realizan proceso de inscripción en sus Cesfam para ser validados por Fonasa.
8.-Desconocimiento de la población de los límites en las prestaciones de la APS.

Propuesta de Soluciones:

- Aumentar dotación de profesionales
- Elaborar proyectos en conjunto con la comunidad organizada.
- Mantener una comunicación fluida y permanente con la comunidad, fortaleciendo vínculos y alianzas estratégicas con los líderes de la comunidad.
- Que los usuarios se inscriban o trasladen al centro de salud que les corresponda.

Principales problemas priorizados por los representantes de Establecimientos Educacionales:

- El 23% de las encuestas diagnosticas aplicadas a los establecimientos educacionales arrojan Problemáticas de Salud Mental que afectan a su comunidad estudiantil (Alcohol y Drogas, VIF, Enfermedades de Salud Mental).
- El 13 % corresponde a problemas enmarcados en Enfermedades Respiratorias, que afectan principalmente en la temporada invernal causando mayor ausentismo escolar.
- El 10% de la población encuestada, manifiesta problemáticas relacionadas con Estilos de Vida Poco Saludable, (sedentarismos, alimentación, entre otras), lo que contribuye directamente en el aumento de la malnutrición por exceso y la aparición de enfermedades cardiovasculares a temprana edad.
- Un 8% afecta a la comunidad educativa en lo que se refiere a Problemas de Audición y Dificultades Visuales, considerando que si bien Junaeb otorga atenciones de oftalmología en pre-kinder, kínder 1ro y 2do básico y otorrinolaringología kínder y primero básico, el resto de la población tiene largos tiempos de espera para la resolución a su necesidad a través de los servicios públicos de salud, ya que actualmente la prioridad es resolverla lista de espera de casos GES.
- Otro factor importante de mencionar, es la necesidad o problemática que afecta a los docentes de los establecimientos educacionales, en el cual encontramos que el 15% de la población encuestada, dice relación con problemas musculo esqueléticos, lo que se desencadena por las largas jornadas laborales y la actividad rutinaria que realizan.

Propuesta de Soluciones:

Para intervenir en estas problemáticas mencionadas en los puntos anteriores la propuesta de solución dice relación con el trabajo en alianza entre Educación y salud, en lo que se refiere a generar un plan de trabajo en el área de prevención y promoción de la salud, para mejorar la calidad de vida de la comunidad estudiantil.

2.1 Evaluación de resultados por curso de vida cruzado con programas

2.1.1 Programa Infantil

Tabla Nº 45: Porcentaje de obesidad en el menor de 6 Años

	2016		Jun 2017	
	Total	%	Total	%
Población menor de 6 años	6946	100%	6645	100%
-Obesos Menores de 6 años	770	11.08%	799	12.02%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 46: Cobertura de vacunación

	2016	Sep 2017
	%	%
1° Dosis Penta	108%	93.9%
2° Dosis Penta	105%	93.9%
3° Dosis Penta	102%	90.4%
12 Ms	107%	92.1%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 47: Cobertura RX caderas 3 meses

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Población Menor de 1 año	1158	100%	1022	100%
Rx de caderas	907	78.32%	941	92.07%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 48: Porcentaje de niño/as con Déficit de DSPM en 1° evaluación, ingresados a sala de estimulación

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Niño/as con déficit 1°Evaluación	301	100%	300	100%
Ingresados a sala de Estimulación	242	80.39%	240	80%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 49: Porcentaje de niño/as con rezago de EDP y TEPSI, derivados a sala de Estimulación

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Niño/as con Rezago	145	100%	177	100%
Derivado a sala de Estimulación	141	97.2%	137	77.40%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 50: Porcentaje de control de salud diada antes de los 10 días.

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Población Menor de 1 año	1158	100%	1022	100%
Controles antes 10 días	490	42.3%	454	44.42%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 51: Porcentaje de VDI a niños prematuros.

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Total Niños Prematuros	81	100%	70	100%
Total VDI	15	18.5%	31	44.28%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 52: Porcentaje de VDI a los niños con riesgo grave de morir por BN en menores de 7 meses

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Total menores con Score de riesgo grave	18	100%	28	100%
Total VDI	9	50%	5	17.85%

Fuente: ssmaule.cl/dig

2.1.2 Programa Adulto

Tabla Nº 53: Porcentaje de Amputaciones por pie diabético, del total bajo control en DM2

	2014		2015		2016		Ago 2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Población en control	3626	100	3933	100%	3966	100%	4287	100%
Amputaciones por pie diabético	7	0.19%	25	0.63%	24	0.60%	19	0.44%

Fuente: Informe egresos por Amputaciones Servicio Cirugía HBL

Desde el inicio de la vigilancia y establecimiento de Línea base, se ha observado un numero sostenido de amputaciones, con leve disminución porcentual. Se ha intensificado las acciones preventivas, aumentando el % examen de pie a diabéticos, como se observa en la tabla siguiente.

Tabla Nº 53.1: Porcentaje de evaluación pie diabético, del total bajo control en DM2

	2014		2015		2016		Jun 2017	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Población en control	3626	100	3933	100%	3966	100%	4287	100%
Exámenes pie diabético	2669	73.6%	2913	74.1%	2792	70.4%	3234	75.4%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 54: Cobertura de detección de ERC del total de pacientes en programa CV

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Población en control	11823	100%	12758	100%
Detección ERC	7943	67.18%	8317	65.19%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Se ha mantenido la Cobertura clasificación de la Enfermedad Renal Crónica, básicamente por errores de registro, durante la realización del Bajo control, ya quie el antecedente se obtiene de las tarjetas de atención CVC. Se ha implementado sistema de monitoreo del indicador.

Tabla Nº 55: Porcentaje de adultos mayores autovalentes con riesgo

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Población en control	596	100%	352	100%
Detección ERC	273	45.80%	136	38.63%

Fuente: ssmaule.cl/dig

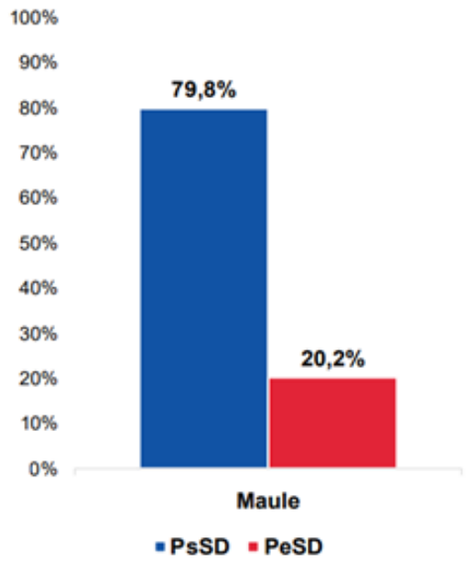
Ha descendido el número y porcentajes de Adultos mayores Autovalentes con Riesgo desde la implementación del Programa Adultos Mayores Mas.

2.1.3 Programa de Discapacidad

VII Región del Maule

Estudio Nacional de la Discapacidad 2015

Estimación de la prevalencia de la población adulta en situación de discapacidad



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, encuesta del Segundo estudio Nacional de la Discapacidad, 2015.

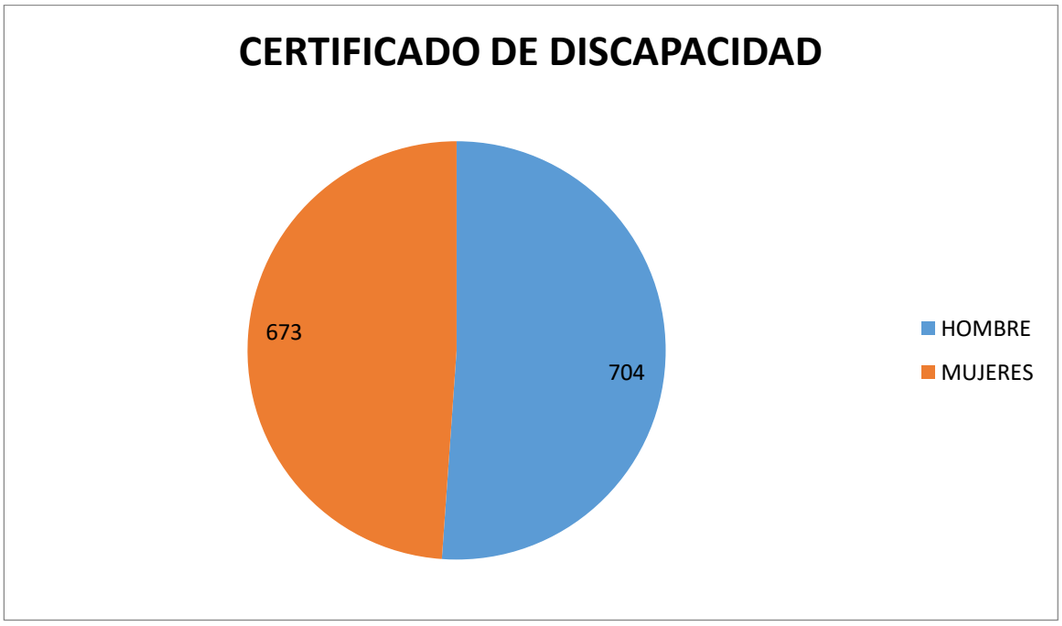
Distribución de la población adulta (18 años o más) regional según situación y grado de discapacidad

	N°	%
Personas sin situación de discapacidad (PsSD)	614.597	79,8
Personas en situación de discapacidad leve a moderada	93.110	12,1
Personas en situación de discapacidad severa	62.598	8,1
Total personas en situación de discapacidad (PeSD)	155.708	20,2
Total población 18 y más años	**770.305**	**100,0**

Porcentaje de personas adultas (18 o más años) de la región en situación de discapacidad por grupo de población

	%
Hombres	16,4
Mujeres	23,8
18 a 44 años	7,7
45 a 59 años	21,8
60 y más años	41,7
Quintiles de ingreso autónomo per capita I y II	21,9
Quintiles de ingreso autónomo per capita III, IV y V	17,8

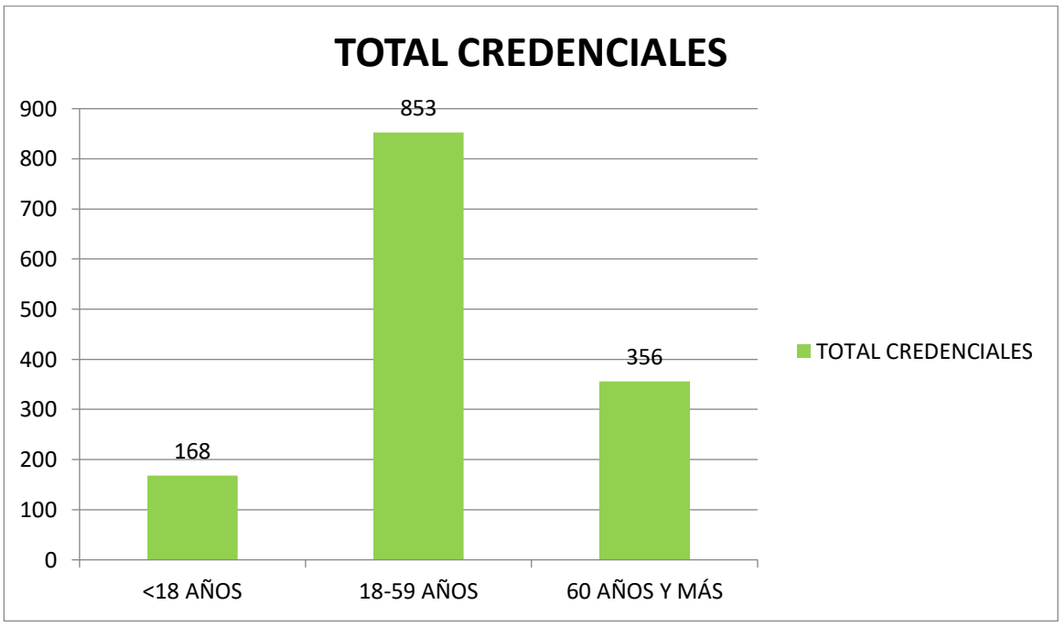
a) GRÁFICO 1: TOTAL DE PERSONAS CON CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD, SEPARADO POR SEXO, COMUNA DE LINARES



Total Credencial de Discapacidad	Hombres	Mujeres
1377	704	673

Fuente: DIDECO, I. Municipalidad de Linares

b) GRÁFICO 2: TOTAL DE PERSONAS CON CERTIFICADOS DE DISCAPACIDAD, SEPARADO POR GRUPO ETÁREO, COMUNA DE LINARES



Grupos de Etáreos	Credencial de Discapacidad
< 18 años	168
18 a 59 años	853
60 años y mas	356

Fuente: DIDECO, I. Municipalidad de Linares

c) Evaluaciones según Ley

Evaluación (Ley 19.284)			Evaluación (Ley 20.422)				
Mental	Sensorial	Física	Sensorial Auditiva	Sensorial Visual	Mental Psíquica	Mental Intelectual	Física
434	157	536	12	33	54	35	305

Fuente: DIDECO, I. Municipalidad de Linares

2.1.4 Programa de la Mujer

Tabla Nº 56: Porcentaje de adolescentes Embarazadas.

	2016		Oct 2017	
	Total	%	Total	%
Población en control	542	100%	535	100%
Total de Adolescentes	70	12.9%	59	11.02%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 57: Numero de gestantes VDRL (+) con seguimiento.

	2016	Jun 2017
	Total	Total
Numero de gestantes VDRL (+) en control	2	0

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 58: Número de mujeres VIH (+) con control ginecológico.

	2016	Jun 2017
	Total	Total
Número de Mujeres VIH (+) en control	0	0

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 59: Número de mujeres ingresadas a control climaterio en el año.

	2016	Jun 2017
	Total	Total
Número de Mujeres control climaterio	38	69

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 60: Número de consulta de Morbilidad Obstétrica por médico y matrona.

	2016	Oct 2017
	Total	Total
Medico	0	0
Matrona	5992	5159

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 61: Número de consulta de Morbilidad Ginecológica por médico y matrona.

	2016	Oct 2017
	Total	Total
Medico	4	9
Matrona	5455	5460

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº62: Cobertura regulación de fecundidad

	2016		Jun 2017	
	Total	%	Total	%
Población Validada	30905	100%	30770	100%
Población en control	8653	27.99%	7880	25.60%

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 63: Hombres en control regulación de fecundidad.

	2016	Jun 2017
	Total	Total
Hombres en control regulación de fertilidad	22	2

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 64: Número de consultas por entrega de Anticonceptivo de emergencia (ACE).

	2016	Jun 2017
	Total	Total
Total de Consultas	47	65

Fuente: ssmaule.cl/dig

2.1.5 Programa Odontológico.

Tabla Nº 65: Total altas Más Sonrisas para Chile.

	2016	Oct 2017
	Total	Total
Total de Consultas	232	170

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 66: Total de altas Alumnos 4° Medios.

	2016	Oct 2017
	Total	Total
Total de Consultas	882	757

Fuente: ssmaule.cl/dig

Tabla Nº 67: Total de altas Sembrando Sonrisas.

	2016	Oct 2017
	Total	Total
Total de Consultas	2462	2406

Fuente: ssmaule.cl/dig

Sección IV: Metas

1. Metas IAAPS Resultado segundo Corte 2017

	SECCION N° 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)					
Meta Nacional	Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar	Gestión de reclamos en APS con enfoque participativo	Gestión de reclamos en APS con enfoque participativo	Nº establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes y sábados de 9 a 13 horas	Disponibilidad de Fármacos Trazadores
	Aumentar N° de centros autoevaluados o mantener si ya logró todos sus centros	**15%**	**97%**	**Al menos una reunión por cada establecimiento de la comuna en cada periodo de corte**	**100%**	**100%**
Importancia Relativa %	**6%**	**5%**	**3%**	**3%**	**Critico**	**Critico**
N°	**META N°1**	**META N° 2**	**META Nº 3.1**	**META N° 3.2**	**META Nº 4.1**	**META Nº 4.2**
	60.00%	8.51%	97.00%	100.00%	100.00%	100.00%

	SECCION N° 2: DE PRODUCCION											
	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	Porcentaje de Consultas resueltas en Atención Primaria	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	EMP hombres 20 a 64 años	EMP mujeres de 45 a 64 años	EMP hombres y mujeres de 65 y más años	Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	Cobertura de atención de Asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio
Meta Nacional	**1**	**10%**	**0.22**	**20%**	**25%**	**55%**	**94%**	**15%**	**24%**	**17%**	**22%**	**90%**
Importancia Relativa %	**6%**	**3%**	**5%**	**5%**	**5%**	**5%**	**4%**	**4%**	**4%**	**4%**	**4%**	**4%**
N°	**META Nº 5**	**META Nº 6**	**META Nº 7**	**META N° 8.1**	**META N° 8.2**	**META N° 8.3**	**META N° 9**	**META N° 10**	**META N° 11**	**META N° 12**	**META N° 13**	**META N° 14**
	0.82	11.70%	0.19	17.46%	21.52%	50.62%	97.69%	12.45%	19.73%	17.03%	17.90%	90.24%

	SECCION N° 3: INDICADORES DE COBERTURA EFECTIVA						SECCION N° 4: INDICADORES DE IMPACTO
	Cumplimiento GES cuyas acciones son de ejecución en APS	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita
Meta Nacional	**100%**	**80%**	**90%**	**19%**	**29%**	**54%**	**Establecer línea basal SI/NO**
Importancia Relativ	**Critico**	**5%**	**6%**	**4%**	**6%**	**6%**	**3%**
N°	**META N° 15**	**META N° 16**	**META N° 17**	**META N° 18**	**META N° 19**	**META N° 20**	**META N° 21**
	100.00%	94.13%	86.36%	16.17%	24.97%	45.73%	0.01%

Caculo de Rebaja

Indicadores de los 4 ámbitos que distribuyen fracciones de peso relativo	Continuidad de la Atención	GES	Rebaja Total
0.00%	0.00%	0.00%	0.00%

Fuente: Unidad de Estadísticas Depto. de Salud Linares

2. Metas Desempeño Colectivo 2017 (septiembre 2017)

	META 1: N° NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO DEL DSM RECUPERADOSB (90%)													N° NIÑOS/AS DE 12 A 23 MESES DIAGNOSTICADOS CON RIESGO DE DESARROLLO PSICOMOTOR EN SU PRIMERA EVALUACION													% META
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	
Total	1	3	6	1	7	6	4	6	1	5			**40**	11	5	5	1	4	4	2	4	2				42	**95.2**

	META 2: Cobertura de PAP	Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2016 MAS el Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución del cierre de brecha de vigencia de PAP a Dic. de 2017	% META
	N° DE MUJERES 25 A 64 AÑOS INSCRITAS VALIDADAS CON PAP VIGENTE A DICIEMBRE DE 2016		
Total	**8757**	**10,700**	**82%**

	META 3a: Cobertura Alta Odontológico Total en Adolescentes de 12 años (74%)													N° Total Adoles.12 Años Inscritos	Población a Cumplir	% META
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total			
Total	97	82	102	44	58	55	47	79	51	52			**667**	1056	781	**85.4**

	META 3b: Cobertura Alta Integral Odontológica en Mujeres Embarazadas (68%)													N° Total Embarazadas Inscritas bajo control												% META
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	
Total	61	56	71	69	74	59	74	70	58	49			**641**	106	82	125	76	85	69	76	86	79	96			**880**	**72.8**

	META 3c: Cobertura Alta Integral Odontológica Total en niños de 6 años (79%)													N° Total Niños Menores de 6 Años Inscritos Bajo Control	Población a Cumplir	% META
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total			
Total	87	69	122	63	80	63	82	83	68	68			**785**	1224	967	**81.2**

META 4: Compensación de personas con Diabetes Bajo Control en Grupo de 15 y más años (29%) HbA1c<7			N° Total Pacientes Diabético de 15 y más años según prevalencia	% META
JUNIO	DIC	Total		
1868		**1868**	**7,720**	**24.2**

	META 8: Examen anual de pie de personas con diabetes bajo control de 15 y más años (90%)			N° Total bajo control de 15 y más Años	% META
	JUN	DIC	Total		
Total	**3234**		**3234**	**4,287**	**75.4**

	META 5: Compensación Pacientes Hipertensos Bajo Control en grupo de 15 y más años (54%) PA < 140/90 mm Hg			N° Total de Pacientes con HTA de 15 y más años según prevalencia	% META
	JUN	DIC	Total		
Total	**6106**		**6106**	**14,641**	**41.7**

	Número de niños/as que al control de salud del 6ºmes están con LME Enero Diciembre 2017													Nº de niño/as controlados al 6to mes de Enero Diciembre 2017												% META
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total	
Total	43	38	35	34	21	36	25	29	39	40			**340**	61	49	62	59	36	55	37	45	57	58			**519***	**65.5**

	META 7: Establecimientos con plan de participación social elaborado y financiado participativamente (80%)	Cumplimiento
Total	**4**	**100%**

Fuente: Unidad de Estadísticas Depto. de Salud Linares

Sección V: Evaluación MAIS

El modelo de atención para el nivel primario denominado Modelo Atención Integral en Salud Familiar y comunitario (MAIS), se ha ido abriendo paso a lo largo de todo el país, cambiando un enfoque de atención esencialmente biomédico por uno Biopsicosocial y comunitario.

Este Modelo tiene por objetivo general proporcionar a los individuos, familias y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de una manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través de Centros de salud primaria que contando con equipos de salud capacitados, ejecutan actividades con Enfoque Familiar. La realidad sanitaria y epidemiológica de la comuna de Linares concordando con los objetivos Sanitario que en el Ministerio de Salud formuló para para el periodo 2010-2020 pretende ampliar el concepto de calidad en salud tanto para los Funcionarios como para nuestros usuarios, en los que pretendemos incorporar "accesibilidad equidad, nivel profesional óptimo, recursos disponibles y adhesión".

El modelo debe establecer un permanente esfuerzo de humanizar la atención y de hacerla integral. Lo que se pretende lograr en los CESFAM de la Comuna para los años 2018-2019, es tratar de satisfacer las múltiples demandas de nuestros usuarios y de la red de atención, para lograr este objetivo se deben elaborar planes de mejoras, tanto de infraestructura como de atención a los usuarios.

Se debe mencionar en esta parte del Plan Comunal de Salud que en un lapso ojalá no más de cuatro años esperamos se esté inaugurando las nuevas dependencias del CESFAM OSCAR BONILLA, proyecto que se elaborará con el único objetivo de brindar una mejor salud Comunal, con la construcción de este centro que atenderá más de 30.000 usuarios.

Nuestro plan de desarrollo para los años 2018 - 2020, es materializar la instalación definitiva del modelo en todos los CESFAM de la comuna, actualmente en estado de desarrollo superior teniendo como eje principal el poder nivelar a todos los centros de salud en lo referente a su nivel de desarrollo y direccionar el modelo de manera unificada y con una política comunal.

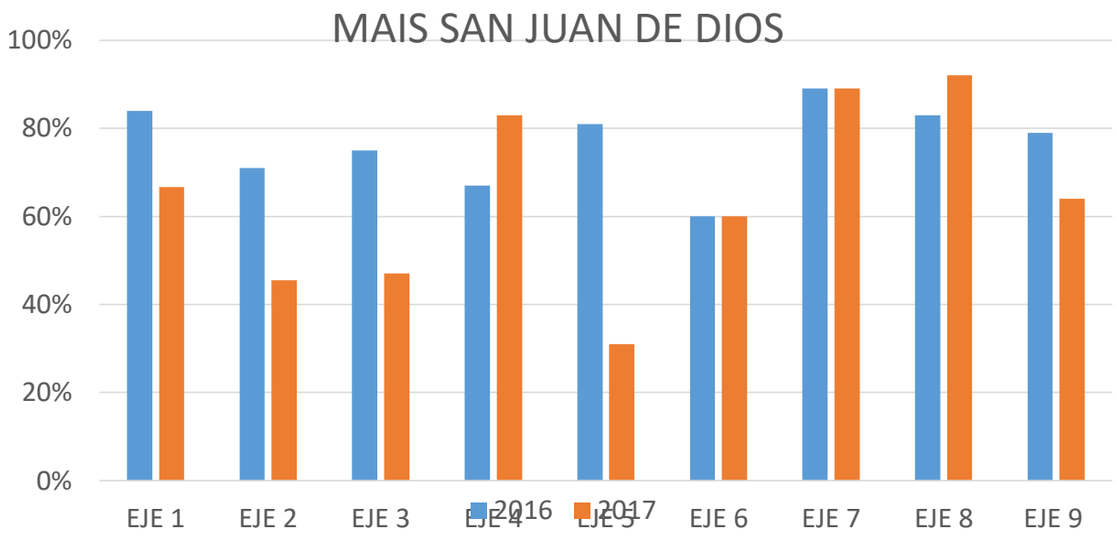
De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se hace necesario continuar profundizando las competencias técnicas de los equipos de cabecera, para el trabajo con familias, a través de diversas capacitaciones del modelo con enfoque biopsicosocial, dedicando parte de la jornada laboral al trabajo en terreno, desde la perspectiva de la atención sectorizada, realizando actividades de desarrollo de habilidades y destrezas en los miembros de la familia, para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado, realizando consejerías familiares, formulando planes de trabajo consensuado entre las familias y el equipo de salud, mediante visitas domiciliarias integrales, propendiendo a la coordinación técnica y administrativa de los jefes de sector como responsables de sus equipos y de la comunidad asignada.

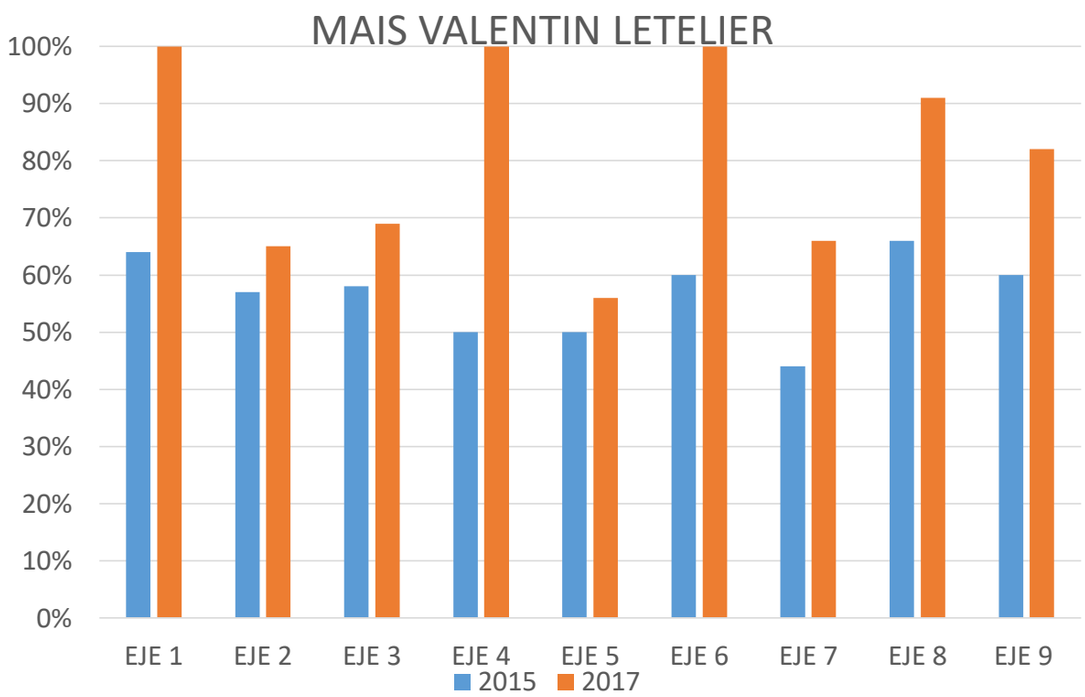
El modelo de atención integral en Salud, tiene bases sólidas para su implementación de un modelo de gestión, cuyos objetivos principales son los siguientes: Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud, o Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas (AUGE). Mejorar la satisfacción usuaria. Garantizar el uso eficiente de los recursos.

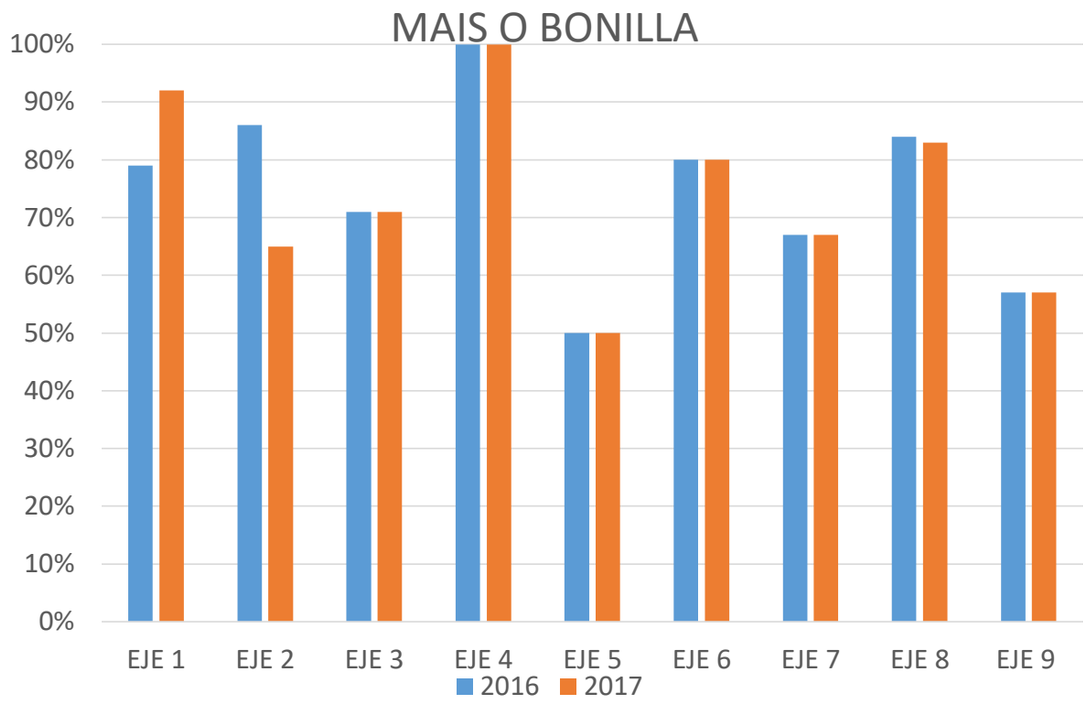
Por lo cual corresponderá al equipo de cabecera en su conjunto programar y asumir la responsabilidad de la salud de un número definido de personas, de la calidad y oportunidad en las atenciones de las familias pertenecientes al sector, así como del impacto en la salud de éstas, manteniendo buenas condiciones, tanto en la atención, como en los tiempos de espera de los beneficiarios.

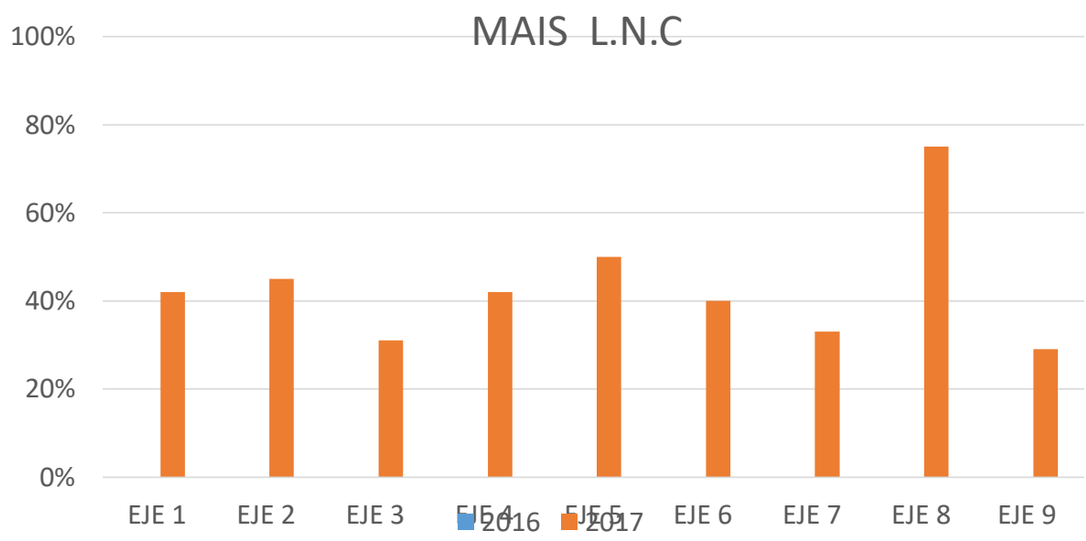
a) La pauta de autoevaluación incorpora 9 Ejes:

- 1. Promoción de la salud,
- 2. Prevención de la Salud,
- 3. Enfoque Familiar,
- 4. Participación,
- 5. Calidad,
- 6. Intersectorialdad y Territorialidad,
- 7. Desarrollo de las Personas,
- 8. Tecnología y
- 9. Atención Abierta.









b) Análisis MAIS más relevante

1. Contar con menos de 6.000 inscritos por cada equipo de cabecera
2. Identificar a usuarios policonsultantes
3. Planificación para la gestión de la demanda
4. Realizar mejoras en base a resultados de encuesta de satisfacción

c) Estrategias de Trabajo

1. Realizar diagnóstico de población v/s recurso funcionario analizar redistribución geográfica de la población para realizar redistribución acorde a RRHH existente e infraestructura
2. Instalar un sistema electrónico de urgencias SIS Maule en SAPUS para mejorar el sistema información de poli consultantes de SAPUS. crear un protocolo de abordaje de estos usuarios.
3. Protocolizar las acciones que permitan enfrentar de manera óptima la demanda de atención v/s la oferta
4. Introducir encuestas locales y evaluar trimestralmente para intervenir oportunamente en pro de la satisfacción usuarios.

Sección VI: Evaluación de acreditación en Calidad

1. Referentes en Calidad por Cesfam

UNIDAD	
San Juan de Dios	Enfermera Pamela Díaz Barros
O. Bonilla	Enfermera Nancy Bravo Cerda
V.Letelier	Enfermera Loreto Armijos Olivos
L.N. Carvacho	Enfermera Michel Saldaña Ortega

Fuente: Decosal Linares

2. Situación Autorización Sanitaria

CESFAM	AS	SAR	AS	CECOF	AS	POSTA	AS4
4	1	1	1	1	1	10	0

Fuente: Decosal Linares

3. Avances Autorización Sanitaria

UNIDAD	Epata de Proceso	Tiempo estimado
San Juan de Dios	Preparación de Carpeta para Demostración 1ra Revisión 12.12.2017 80%	ENERO – FEBRERO
O. Bonilla	Preparación de Carpeta para Demostración	Segundo Semestre 2018
V.Letelier	Preparación de Carpeta para Demostración	Primer Semestre 2018

Fuente: Decosal Linares

4. Avances de Característica obligatorias por Cesfam (Corte Septiembre)

UNIDAD	Característica Aplican	Características cumplen	%Cumplimiento
San Juan de Dios	10	2	20%
O. Bonilla	10	3	30%
V.Letelier	10	3	30%
L.N. Carvacho	12	3	40%

Fuente: Decosal Linares

5. Avances de Característica NO obligatorias por Cesfam (Corte Septiembre)

UNIDAD	Característica Aplican	Características cumplen	%Cumplimiento
San Juan de Dios	40	4	10%
O.Bonilla	38	3	8%
V.Letelier	41	0	0%
L.N. Carvacho	41	0	0%

Fuente: Decosal Linares

Sección VII: Plan de Acción 2016 y 2017

Principales Problemas que Afectan a Centros de Salud

PROBLEMA	***ESTRATEGIA***
OBESIDAD INFANTIL	*ENFATIZAR EL COMPONENTE PROMOCIONAL – PREVENTIVO –INTERSECTORIAL*
AMPUTACION PIE DABETICO	*FORMALIZACION DE EQUIPOS TECNICOS DESTINADOS A LA INTERVENCION TEMPRANA ANTE SIGNOS DE ALARMA*
CANCER CERVICO-UTERINO	*ENFATIZAR EN COMPONETE PREVENTIVO DEL PAP*

Sección VIII: Atención Primaria y Salud Familiar

1. Establecimientos de Salud Primaria de la Comuna

Tipo de establecimiento	Cantidad	Nombres	Pob. Inscrita Al 31/08/2017
CESFAM	4	▪ San Juan de Dios ▪ Valentín Letelier ▪ Oscar Bonilla ▪ Luis Navarrete	33,659 15,237 19,842 4,760
CECOSF	1	▪ Yerbas Buenas	Pob. Inscrita en Cesfam san Juan de Dios
Postas Salud Rural	10	▪ PSR Vara Gruesa ▪ PSR Las Toscas ▪ PSR Los Hualles ▪ PSR Pejerrey ▪ PSR Palmilla ▪ PSR Embalse Ancoa ▪ PSR San Víctor Álamos ▪ PSR Vega de Salas ▪ PSR Chupallar ▪ PSR Llancanao	7,882
SAPU Corto	2	▪ Oscar Bonilla ▪ Valentín Letelier	
SAR	1	▪ San Juan de Dios	
UAPO	1	▪ Dirección	
Sala de Rehabilitación	1	▪ Dirección	
Modulo Dental	1	▪ Modulo Dental	

Cesfam San Juan de Dios

- Área de Influencia: Población sur oriente y nororiente

- Población Inscrita : 33.659 (corte Agosto 2017)

- Dirección : colo colo esquina carmen s/n

- Año Construcción : 1983

- Superficie Actual : 1.200 m2

- Planta Física : Cuenta con cuatro box dental, con cinco box matrona, cinco dos box médicos, dos clínicas, un box toma de muestra, some, box ginecológico, oirs, farmacia, box de entrega de leche, cinco box de control niño sano, una sala de vacunatorio, 2 box nutricionista, un box de crónico, dirección , secretaria y jefe de some, box de asistente social.

Cesfam Valentín Letelier

- Área de Influencia: Población del sector sur poniente

- Población Inscrita : 15.237 (corte Agosto 2017)

- Dirección : Rengo s/n

- Año Construcción : 1993

- Superficie Actual : 680.66 m2

- Planta Física : Cuenta con dos box dental, con dos box matrona, dos box médicos, una clínica, un box toma de muestra, some, box polivalente, oirs, farmacia, box de entrega de leche, dos box de control niño sano, una sala de vacunatorio, box nutricionista, box de crónico, dirección secretaria, box de asistente social.

Cesfam Oscar Bonilla

- Área de Influencia: Población Norponiente

- Población Inscrita : 19.842 (corte Agosto 2017)

- Dirección : Los Sauces S/N Población Oscar Bonilla

- Año Construcción : 1988

- Superficie construida : Originalmente fueron construidos 704.23 m2 en una superficie de terreno de 1226.06 m2. Actualmente se han construido boxes en patios e instalado containers en todas las áreas libres posibles, con una superficie total utilizable aproximada de 1000 m2

- Planta Física : Cuenta con 1 box dental, con 3 box matrona, 4 box médicos, 1 box clínica, 1 box toma de muestra, some, oirs, farmacia, box de entrega de leche, 1 box de control niño sano, una sala de vacunatorio, 2 box nutricionista, 4 boxes enfermeras, 2 box Psicólogo, 2 box kinesiólogos, dirección, secretaria y 1 box de asistente social.

Cesfam Luis Navarrete

- Área de Influencia: Población Suroriente

- Población Inscrita : 4.760 (Corte Agosto 2017)

- Dirección : Carlos Ibáñez Esq. Las Camelias 1023

- Año Construcción : 2015

- Superficie Actual : 2.300 m2

- Planta Física : Cuenta con 4 box dental, con 2 box matrona, 14 box Multipropósito, 1 box clínica, 1 box toma de muestra, some, oirs, farmacia, box de entrega de leche, , una sala de vacunatorio, dirección, secretaria, Sala Kinésica, Sala rx dental, Sala Taller Chile Crece, Laboratorio Comunal.

Unidad Rural

Área de Influencia: Población área Rural

- Población Inscrita : 7.882 (corte Agosto 2017)

- Dirección : Rengo 927

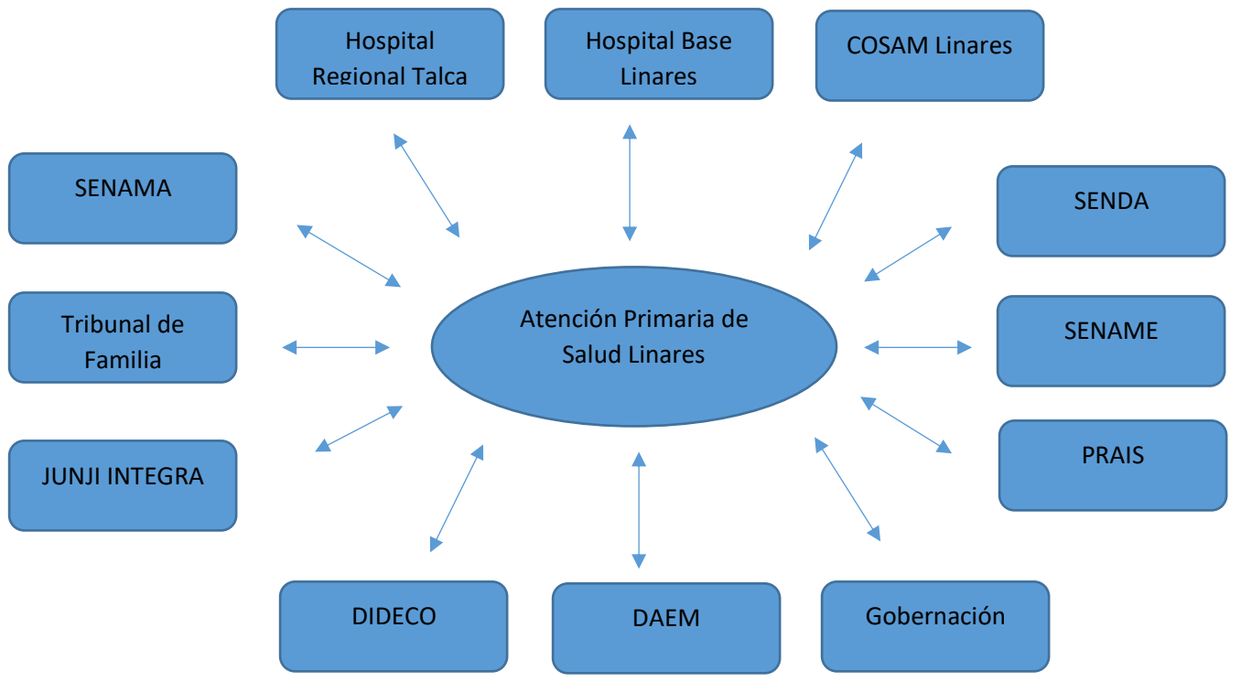
- Planta Física : De esta unidad dependen 10 postas y 7 Estaciones Médico Rural. Cuenta con un SUR que funciona de lunes a domingo en la Localidad de Vara Gruesa.

ESTABLECIMIENTO	PERTENECENCIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
Posta de Salud Rural Embalse Ancoa	Publico	Calle Caserío Embalse Ancoa S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Vega de Salas	Publico	Calle Caserío Cajón Vega de Salas S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Chupallar	Publico	Calle Caserío Chupallar S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Los Hualles	Publico	Calle Caserío Los Hualles S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Vara Gruesa	Publico	Calle Pueblo Vara Gruesa S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural San Víctor Álamos	Publico	Calle Aldea San Víctor Álamos S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Llancanao	Publico	Calle Aldea Llancanao S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Las Toscas	Publico	Calle Caserío Las Toscas S/N, Linares	732-211246
Centro de Salud Familiar Valentín Letelier	Publico	Calle Rengo S/N, Linares	800500709
Centro de Salud Familiar San Juan Dios de Linares	Publico	Calle Colo-Colo S/N, Linares	800500708
Centro de Salud Familiar Oscar Bonilla	Publico	Calle Los Sauces S/N, Linares	800500707
SAPU-Valentín Letelier	Publico	Calle Rengo S/N, Linares	73-2633226
Posta de Salud Rural Pejerrey	Publico	Calle Caserío Pejerrey S/N, Linares	732-211246
Posta de Salud Rural Palmilla (Linares)	Publico	Calle Caserío Palmilla S/N, Linares	732-211246
SAR-San Juan de Dios de Linares	Publico	Calle Colo-Colo S/N, Linares	73-2633217
SAPU-Oscar Bonilla	Publico	Calle Los Sauces S/N, Linares	73-2633227
Centro de Salud Familiar Luis Navarrete	Publico	Calle Carlos Ibáñez del Campo S/N, Linares	73-2567240
Cecosf Yerbas Buenas	Publico	Los Avellanos esquina Jacaranda 1170	73-2213152

2. Establecimientos de Salud Privados

Rol	Rut	Nombre	Dirección	Actividad	Giro
28498	012183681-5	ISABEL CORVALAN TORRES	MAX JARA 677	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
202839	076820150-1	DR. PABLO GALAZ R. PRESTAC. MEDICAS E.I.R.L.	KURT MOLLER 437 OFICINA 6	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
202888	076949900-8	VICTOR MOLINA ALARCON Y CIA. LTDA.	LAUTARO 654 BOX 4	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
203176	076387030-8	PRESTACIONES MEDICAS MONTALVA FARFAN LIMITADA	FREIRE 614	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
204818	076226197-9	SOC. DR. JOSADEC ALCOTA Y COMPAÑIA LIMITADA	SAN MARTIN 669 OFICINA 210	CONSULTA MEDICA PEDIATRICA	COMERCIALES
205297	076367590-4	SOC. DIAGNOSTICO NEUROLOGICO Y CIA. LTDA.	QUILO 645 OF.205	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
205531	076380775-4	DANIEL GUZMAN LOPEZ SERVICIO MEDICOS EIRL	KURT MOLLER 333 - A	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
205613	076358894-7	SERVICIOS MEDICOS Y NUTRICIONALES DOCTOR FIGUEROA LTDA.	FREIRE 614 BOX 2	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
205843	076573414-2	SOCIEDAD MEDICA BENATUIL Y VALERA SPA	DIPUTADO MARIO DUENAS 611 BOX 15	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
206148	076447874-6	SERVICIOS MEDICOS VILLARROEL Y COMPAÑIA LIMITADA	SAN MARTIN 669 OFICINA 204	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
206297	076597401-1	SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES WORMULL DEBESA LIMITADA	KURT MOLLER 437 OFICINA 11	CONSULTA MEDICA TRAUMATOLOGICA Y ORTOPEDIA	COMERCIALES
206345	076599389-k	SOCIEDAD MEDICA MARIA LUIGIA LAMONA SPA	YUMBEL 558 BOX 6	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
206374	076756588-7	DRA. RUTH MUÑOZ ESPINOZA Y CIA. LIMITADA	DIPUTADO MARIO DUENAS 596 CONSULTA 2	CONSULTA MEDICA	COMERCIALES
202826	005186029-2	ELBA BRAVO TOLEDO	INDEPENDENCIA 234	CENTRO MEDICO DENTAL	COMERCIALES
202897	076792250-7	SOC. MEDICA Y DE DIAG.NOVA IMAGEN LTDA.	FREIRE 663 INTERIOR	CENTRO MEDICO	COMERCIALES
204389	076110178-1	SERVICIOS MEDICOS Y DENTALES ASAE LTDA.	SAN MARTIN 640	CENTRO MEDICO	COMERCIALES
204897	076166665-7	INMOBILIARIA E INVERSIONES DELATORRE LIMITADA	YUMBEL 558	CENTRO MEDICO	COMERCIALES
205064	076547930-4	SERVICIOS PROFESIONALES PERIODENT LIMITADA	SAN MARTIN 692 1º PISO	CENTRO MEDICO DE ATENCION ODONTOLOGICA	COMERCIALES
203108	010340241-7	JOSE ANTONIO ALJARO PRADO	QUILO 635 - A	CLINICA DENTAL	COMERCIALES
205263	076166401-8	SERVICIOS ODONTOLOGICOS ELENA SAEZ VILLALOBOS EIRL	MAX JARA 386	CLINICA DENTAL	COMERCIALES
205499	016808552-4	MARLENE ISABEL SOTELO VILLALOBOS	JOHN CRISTAL 995 FRON. DEL INCA	CLINICA ODONTOLOGICA	COMERCIALES
205572	077042010-5	DR. ALEJANDRO SCHILLING Y ODAS LTDA.	INDEPENDENCIA 85 OFICINA 17	CLINICA RADIOLOGIA DENTAL	COMERCIALES
205637	076235829-8	SOCIEDAD DE PRESTACION DE SERV. DE SALUD MOYA Y PEÑA LTDA.	KURT MOLLER 495	CLINICA MEDICO DENTAL	COMERCIALES
206504	076728676-7	CENTRO ODONTOLOGICO OASIS LIMITADA	MANUEL RODRIGUEZ 839 - A	CLINICA DENTAL	COMERCIALES

3. Mapa de Redes Asistenciales APS Linares



4. Promoción

PLAN DE GESTIÓN TRIENAL - PROMOCIÓN DE LA SALUD DECOSAL

MUNICIPIOS COMUNAS Y COMUNIDADES SALUDABLES

A contar del año 2016 se realiza un cambio en el enfoque de la promoción en salud, pasando de los planes anuales de promoción hacia la estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables, la que contempla un modelo en dónde se combinan responsabilidades de distintos sectores y niveles de gestión, con el propósito de transformar la promoción de la salud de la población en el eje articulador de las políticas públicas. Para ello se espera un diálogo continuo de los sectores políticos, organizaciones e instituciones y población organizada.

Se contempla la elaboración y ejecución de planificaciones estratégicas de promoción de la salud a tres años, con el propósito de mejorar la eficiencia de los recursos financieros entregados por el Ministerio de Salud.

Este plan de gestión trienal de promoción de la salud busca incidir en las condiciones ambientales, sociales y económicas en las que viven las personas y las comunidades, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública. Las intervenciones del plan abarcan, no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de las comunidades.

Los componentes del plan de gestión trienal son los siguientes:

- Planificación estratégica y participación
- Gestión local participativa (Organizacional y política pública).
- Participación Social y Empoderamiento (Generar participación de la comunidad, fortalecer capital social comunitario).
- Actividad Física (Potenciación, participación del intersector y comunidad para dar sostenibilidad a las acciones a desarrollar, ENS aumentar personas que realizan AF y porcentaje de comunas que incorporan AF).
- Alimentación Saludable (Prevención de ECNT, estilos de vida y factores sociodemográficos, culturales y económicos asociados a la conducta alimentarios «ambientes alimentarios», ley 20.606)

El plan de Promoción de la salud, que en el caso de nuestra comuna es bianual y contempla las actividades que se realizarán durante el año 2017-2018. Para su planificación se priorizaron once diferentes problemas, los cuales se encuentran planteados en el plan comunal de salud 2016-2018, y que fueron obtenidos a través de un diagnóstico participativo.
Ellos son los siguientes:

El programa de promoción logra abarcar a la mayoría de los programas pertenecientes a la APS, puesto que cada actividad que se planifica los convoca:

Participación social: es fundamental, ya que, si bien hay actividades que involucran a cierto segmento de la población, todas las actividades masivas son abiertas a la comunidad, así mismo se han planificado actividades con diferentes organizaciones sociales como capacitaciones en diagnóstico participativo y por supuesto actividades con las autoridades y el intersector.

Programa del Adulto y Adulto Mayor: Con planificación de actividades como charlas, caminatas y fitness grupal, coordinados con el programa más adultos mayores autovalentes.

Programa del niño, la niña y del adolescente: Con actividades planificadas como educaciones, charlas e incluso realizando actividades intergeneracionales.

Programa cardiovascular: La mayoría de las actividades planificadas contempla la realización de clases de fitness grupal, por lo cual los pacientes pertenecientes al programa cardiovascular se ven beneficiados con la posibilidad de participar de actividades masivas de ejercicio físico.

Funcionarios: También se han planificado actividades para los funcionarios pertenecientes al Decosal, como capacitaciones en prescripción de Actividad física y programa de Autocuidado que incluya la práctica de Actividad física como eje central.

Por otro lado existen actividades que solicitan la participación de todos los estamentos, sin embargo y debido a los componentes que el plan de gestión incluye, se solicita la participación mayoritariamente de aquellos profesionales que se encuentran mayormente involucrados con los temas de actividad física, alimentación y participación

5. Calidad y Acreditación

POLÍTICA DE CALIDAD DEPTO COMUNAL DE SALUD LINARES

- Brindar atenciones de salud seguras y de calidad, con el objetivo de disminuir el riesgo asociado a la asistencia en salud, optimizando la seguridad de las atenciones, mediante la implementación de un plan de gestión de calidad en salud que permita garantizar la satisfacción del usuario, siguiendo los lineamientos del Sistema Nacional de Acreditación, en congruencia con los principios de calidad y seguridad establecidos por el Ministerio de Salud.
- La Misión en Calidad del Departamento Comunal de Salud de Linares, se centra en prestar una atención de salud integral a los pacientes de los que seamos responsables, desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador, con garantías de acceso y continuidad. Igualmente tiene como misión el cumplimiento adecuado de los compromisos de docencia e investigación adquiridos. Todos los miembros que la integran, tanto profesionales médicos como de otras áreas de responsabilidad, deben poseer valores entre los que destacan la continua búsqueda de la excelencia, la orientación hacia la mejora continua de la calidad, la consideración de la persona como centro de su actividad, la continuidad asistencial y el compromiso con los objetivos del Departamento Comunal de Salud de Linares y el Sistema de Salud.
- La Política de Calidad del Departamento Comunal de Salud de Linares, establecida por el Equipo Directivo, se resume en seis puntos:
  1. Enfoque de la atención centrada en las personas
  2. Liderazgo del equipo de salud
  3. Inclusión de todo el personal
  4. Formación continúa
  5. Sistema para la gestión asistencial basado en procesos.
  6. Lineamiento con las políticas vigentes de calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud.

6. Canasta de Prestaciones

La canasta de prestaciones consiste en las atenciones brindadas a los usuarios y comunidad según los programas Ministeriales existentes y se diferencian en algunos centros por los servicios de apoyo adosados.

De acuerdo a lo anterior los programas y prestaciones son las siguientes:

- **PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA**
- **PROGRAMA DEL ADOLESCENTE**
- **PROGRAMA DE LA MUJER**
- **PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**
- **PROGRAMA DE SALUD ORAL**
- **PRESTACIONES GES ASOCIADAS A PROGRAMAS**
- **ACTIVIDADES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS**

Según lo anterior cada programa tiene las siguientes prestaciones:

PROGRAMA DEL NIÑO Y LA NIÑA

- Controles de Salud Infantil por equipo multidisciplinario
- Atención equipo sala estimulación CHCC(Fonoaudiologa,Ed. Párvulos, Kinesióloga)
- Aplicación de Tepsi
- Aplicación del test de desarrollo psicomotor
- Consulta por déficit de desarrollo psicomotor
- Talleres de Nadie es perfecto
- Talleres de lactancia materna
- Talleres de malnutrición
- Talleres Preventivos de acuerdo al Score de riesgo por patologías respiratorias
- Atención Kinésica en Sala IRA
- Radiografías de pelvis
- Entrega de PNAC
- Consulta de morbilidad infantil
- Visita domiciliaria Integral
- Atención odontológica en edades programadas
- Administración de vacunas en edades definidas por el MINSAL
- Vigilancia epidemiológica en casos determinados
- Diagnóstico y planes de intervención familiar cuando corresponda según protocolo

PROGRAMA DEL ADOLESCENTE

- Aplicación de Fichas CLAPS
- Control de regulación de fecundidad
- Actividades de promoción a establecimientos educacionales en temáticas propias de ese grupo etáreo.
- Atención integral por otros profesionales de acuerdo a riesgo
- Consejería en Salud mental
- Derivación a Programa de Espacios amigables
- Consejería en salud sexual y reproductiva
- Consejería en VIH-ETS
- Atención odontológica de acuerdo a edades programadas
- Derivación a módulo dental
- Urgencias odontológicas
- Visitas de epidemiologia en casos determinados
- Administración de vacunas
- Visita domiciliaria
- Talleres y Educación grupal

PROGRAMA DE LA MUJER

- Control ginecológico
- Control de regulación de la fecundidad
- Control Prenatal integral
- Control de binomio madre e niño
- Control de planificación familiar
- Toma de PAP
- Gestión de mamografías
- Gestión de ecografías y derivaciones a ARO
- Toma de ecografías
- Talleres CHCC
- Consejerías en Salud sexual y reproductiva
- Consulta morbilidad obstétrica
- Visitas domiciliarias
- Consejerías en VIH – ETS
- Entrega de PNAC
- Derivación a odontólogo GES embarazadas
- Administración de vacunas

PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

- Controles de ENTS por equipo multidisciplinario
- Aplicación de EMP
- Aplicación de EFAM
- Consulta de morbilidad
- Derivación a Centro Comunitario Rehabilitación
- Consultas sociales
- Consultas de Salud Mental
- Prestaciones kinésicas respiratorias sala ERA
- Prestaciones en Sala de rehabilitación Kinésica, para pacientes de artrosis.
- Consulta y control en domicilio de pacientes con dependencia severa
- Entrega de ayudas técnicas
- Visitas domiciliarias
- Talleres grupales
- Consultas odontológicas GES
- Derivación e Interconsulta a nivel secundario cuando corresponde
- Derivación a sala UAPO
- Derivación atención podóloga
- Derivación sala cirugía menor
- Entrega de PACAM
- Campaña de vacunación
- Urgencias odontológicas
- Atención farmacológica
- Visitas de epidemiologia en casos determinados

PROGRAMA ODONTOLÓGICO

- Control infantil niños de 2, 4, 6 y 12 años
- Control Embarazadas hasta el alta integral
- Control en menores de 20 años
- Control GES 60 años, prótesis
- Talleres grupales
- Atención de Urgencias dentales
- Derivación para Toma de radiografías

ACTIVIDADES CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus 0po 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstruc0va crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; atención kinésica en programa de adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos, espirometria y; atención kinésica en programa del adulto y adulto mayor
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- Acceso a Diagnóstico y tratamiento de la Urgencia odontológica Ambulatoria
- Acceso a tratamiento de Hipotiroidismo en personas de 15 años y mas
- Tratamiento erradicación de Helicobacter pylori.

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

- Talleres y Educación grupal
- Actividades de Promoción de la salud en la comunidad en todas las edades
- Visita domiciliaria integral
- Consulta social
- Tratamiento y curaciones
- Visita y vigilancia Epidemiológica
- Intervención Familiar Psicosocial
- Diagnóstico y control de la TBC

7. Financiamiento

Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Linares, Región del Maule 2017.

SUBT	ITEM	ASIG	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO 2017
			I N G R E S O S	**5,436,042**
05	**00**	**000**	**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**5,265,284**
	01	**000**	**Del Sector Privado**	**10**
		001	**Transferencias del Sector Privado**	**10**
	03	**000**	**De Otras Entidades Públicas**	**5,265,274**
		006	**Del Servicio de Salud - Atención Primaria Ley Nº 19.378, Art. 49**	**4,937,649**
			Percápita Base General	4,914,498
			Rebaja Incentivo al Retiro Voluntario Ley Nº20.157 y Nº20.250	(47,419)
			Indexación Adultos Mayores	70,560
			Aportes Afectados (Convenios S.S.Maule)	10
		007	**Otras Transferencias Ctes del Tesoro Publico**	**10**
		099	**De Otras Entidades Públicas**	**89,615**
			JUNAEB Mantenciones y Altas Odontológicas	20,288
			Integración Bono Ley Nº 19.813 /2002	9,936
			Centros Comunitarios de Salud Familiar	59,381
			Otros Ingresos	10
		101	**De la Municipalidad - A Servicios Incorporados a su Gestión**	**238,000**
07	**00**	**000**	**INGRESOS DE OPERACIÓN**	**10**
08	**00**	**000**	**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**170,728**
08	**00**	**000**	**OTROS INGRESOS CORRIENTES**	**10**
15	**000**	**000**	**SALDO INICIAL DE CAJA**	**10**
			G A S T O S	**5,436,042**
21	**00**	**000**	**GASTOS EN PERSONAL**	**4,653,455**
22	**00**	**000**	**BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**739,547**
23	**00**	**000**	**PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL**	**10**
24	**00**	**000**	**TRANSFERENCIAS CORRIENTES**	**10**
26	**00**	**000**	**OTROS GASTOS CORRIENTES**	**10**
29	**00**	**000**	**ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS**	**3,010**
34	**00**	**000**	**SERVICIO DE LA DEUDA**	**40,000**

Los mayores ingresos son percibidos a través de per cápita y convenios del ministerio, los egresos más de un 80% corresponde a sueldos y un 10% a fármacos.

8. Convenios

N°	NOMBRE CONVENIO	N° RESOLUCION	MONTO CONVENIO	ESTRATEGIA DE ACTIVIDADES Y METAS	RESPONSABLE CONVENIO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DE METAS	INGRESOS DE ENERO A SEP.	EGRESOS DE ENERO A SEPTIEMBRE	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO FINANCIERO CONVENIO	JUSTIFIACIÓN
1	**G.E.S. ODONTOLOGICO**	2030 del 31/03/2017	95,130,237	Componente 1: Altas en niños de 6 años. Componente 2: Altas en embarazadas. Componente 3: Urgencias odontológicas. Componente 4: Altas Integrales adultos 60 años.	Dra. Francisca Agurto (Odontóloga)	90%	66,591,166	73,310,826	85%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
2	**SEMBRANDO SONRISAS**	2213 del 07/04/2017	13,349,508	Componente 1: Fomento autocuidado salud bucal y entrega set higiene oral. Componente 2: Examen salud bucal en niños y niñas de 2 a 4 años. Componente 3: Aplicación de flúor en niños y niñas de 4 años.	Dra. Francisca Agurto (Odontóloga)	100%	9,344,656	10,028,816	80%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
3	**ODONTOLOGICO INTEGRAL**	1628 del 09/03/2017	55,548,550	Componente 1: 40 Endodoncias y 125 prótesis dentales. Componente 2: Apoyo odontológico CECOSF. Componente 3: 230 Altas integrales en mujeres de 15 años y mas - 122 auditorías.	Dra. Francisca Agurto (Odontóloga)	90%	38,883,985	35,257,927	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
4	**MEJORAMIENTO ACCESO ODONTOLOGICO**	1648 del 09/03/2017	109,135,684	Componente 1: Extensión horaria de 20 hrs. Semanales de lunes a sábado. Componente 2: 260 altas integrales a estudiantes de 4° año; 274 altas odontológicas integrales en la Unidad Dental Móvil.	Dra. Francisca Agurto (Odontóloga)	100%	76,394,979	79,310,912	80%	Falta pago de honorarios de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017

5	**RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA**	723 del 06/02/2017	158,070,723	Contratación de: Medico Gestor, U.A.P.O. (880 consultas oftalmológicas, 3.700 consultas y procedimientos realizadas por Tec. Médico, Lentes, Fármacos y Lubricantes, Gastos Operacionales), Otorrinolaringología (consultas, Audiometrías, Impedianciometrias, Audífonos), Gastroenterología (Endoscopías, Biopsias), Cirugías menores.	Josúe Hernandez (Tec. Médico) - Fabián Muñoz (Contador Auditor)	90%	110,649,506	78,308,926	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017, como también el pago de la compra de servicios de otorrino y gastroenterología, los pagos de las consultas oftalmológicas y procedimientos quirúrgicos.
6	**ESPACIOS AMIGABLES**	3411 del 08/06/2017	12,565,549	Contratación de Profesional Matrona y Asistente Social por horas diarias programáticas para actividades de Espacio Amigable (consejerías y consultas) y Contratación de Profesional Enfermera 44 hrs. Semanales para Control Joven Sano.	Alejandra Naranjo (Matrona)	100%	8,795,884	9,018,381	80%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
7	**SERVICIO DE URGENCIA RURAL**	539 del 31/01/2017	24,630,057	Contratación de Profesional Médico, Técnico paramédico residente y Chofer de 20:00 a 08:00 hrs. De lunes a viernes y sábados, domingos y festivos las 24 hrs. Compra de Fármacos e Insumos necesarios para otorgar una atención inmediata.	Karen Correa (Enfermera - Coordinadora Unidad Rural)	90%	18,472,543	18,453,548	83%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017

8	**SAR SAN JUAN DE DIOS**	28 del 23/03/2017	672,159,408	Consultas médicas de urgencia, procedimientos médicos y de enfermería, traslados a establecimientos de mayor complejidad. Contratación de: 1 Médico general, 1 Enfermera, 1 Técnico paramédico, 1 Chofer, 1 Aux. Servicio y 1 Administrativo. Desde las 17:00 hasta las 24:00 hrs. de lunes a viernes y los sábados, domingos y festivos desde las 08:00 hasta las 24:00 hrs.	Marlene Tapia (Enfermera)	85%	504,119,556	269,690,573	70%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
9	**SAPU VALENTIN LETELIER**	522 del 31/01/2017	127,169,608	Consultas médicas de urgencia, procedimientos médicos y de enfermería, traslados a establecimientos de mayor complejidad. Contratación de: 1 Médico general, 1 Enfermera, 1 Técnico paramédico, 1 Chofer, 1 Aux. Servicio y 1 Administrativo. Desde las 17:00 hasta las 24:00 hrs. de lunes a viernes y los sábados, domingos y festivos desde las 08:00 hasta las 24:00 hrs.	Bárbara Lucero (Enfermera)	90%	95,377,207	82,495,905	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
10	**SAPU OSCAR BONILLA**	521 del 31/01/2017	127,169,608	Consultas médicas de urgencia, procedimientos médicos y de enfermería, traslados a establecimientos de mayor complejidad. Contratación de: 1 Médico general, 1 Enfermera, 1 Técnico paramédico, 1 Chofer, 1 Aux. Servicio y 1 Administrativo. Desde las 17:00 hasta las 24:00 hrs. de lunes a viernes y los sábados, domingos y festivos desde las 08:00 hasta las 24:00 hrs.	Claudia Moyano (Enfermera)	90%	95,377,205	92,152,319	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017

11	**APOYO RADIOLOGICO**	721 del 06/02/2017	6,831,000	Apoyar el financiamiento de 535 estudios radiológicos de tórax ante sospecha clínica de neumonía.	Ingrid Matus (Kinesióloga)	100%	4,781,700	4,498,200	80%	Falta recepcionar el cobro de las Radiografías de tórax que fueron tomadas a usuarios de los establecimientos de Salud.
12	**INFLUENZA**	1922 del 29/03/2017	1,000,000	Realizar el registro de la intervención en el Registro Nacional de inmunizaciones, entrega de información oportuna a la población objetivo. Contratación de Recurso humano para digitar vacunas.	Natalia Tapia (Enfermera)	100%	1,000,000	1,000,000	100%	
13	**CAPACITACIÓN UNIVERSAL**	2382 del 20/04/2017	9,802,930	Establecer un sistema de capacitación continuo a funcionarios de todas las categorías en la APS regidos por la Ley 19.378	Sergio Alvarez (Químico Farmacéutico)	90%	6,862,051	5,896,094	75%	Falta Realizar curso Comunal de capacitación programado para el mes de noviembre 2017
14	**REHABILITACIÓN INTEGRAL**	1501 del 02/03/2017	27,991,104	Contratación de: kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional por 44 hrs. C/U; compra de: Insumos	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	90%	19,593,773	21,329,449	85%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
15	**CHILE CRECE CONTIGO**	707 del 06/02/2017	78,712,600	Contratación de: Educadora párvulo, Fonoaudióloga, Psicólogo, Kinesiólogo, 4 Tens cada profesional de 44 hrs. Semanales, Arriendo de camioneta mas combustible, Equipamiento e Insumos, Actividades de capacitación.	Erika Bravo (Matrona)	90%	59,034,450	56,388,911	85%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
16	**MEJORIA DE LA EQUIDAD SALUD RURAL**	1365 del 28/02/2017	19,118,007	Contratación de un 2° Técnico paramédico para las postas de salud rural Las Toscas, San Victor Álamos y Palmilla de 44 hrs. Semanales orientado a la continuidad de la atención en PSR.	Karen Correa (Enfermera - Coordinadora Unidad Rural)	85%	13,382,605	13,178,810	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017

17	**MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES**	1518 del 02/03/2017	29,454,317	Contratación de: kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional u otro profesional de salud capacitado. Compra de: Insumos y Actividades de Capacitación.	Luis Rojas (Kinesiólogo)	90%	20,618,022	20,527,538	80%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
18	**IMÁGENES DIAGNOSTICAS**	2273 del 12/04/2017	76,353,000	Componente 1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama. Componente 2: Detección precoz y oportuna de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses de edad. Componente 3: Detección precoz y derivación oportuna en patología biliar y cáncer de vesícula. 530 exámenes de Mamografía en mujeres de 50-54 años, 253 exámenes Mamografía en mujeres de 55-59 años, 320 exámenes de Mamografía en mujeres de otras edades. 191 Eco mamaria en mujeres de 50-59 años. 965 Radiografías de Pelvis en niñas y niños de 3 meses de edad. 1000 Eco Abdominales en pacientes de 35 años y más.	Yerika Sepúlveda (Matrona)	80%	53,447,100	3,372,800	70%	Falta recepcionar el cobro de las mamografías, Eco mamarias, Eco Abdominales, Radiografías de Pelvis de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
19	**VIDA SANA**	1001 del 16/02/2017	29,610,570	Contratación de: Nutricionista 30 hrs. Semanales, Psicólogo 30 hrs. Semanales, Profesor Educ. Física, Terapeuta de Actividad Física 30 hrs. Semana, Médico según necesidad local. Insumos para Talleres o Exámenes. Actividades de Capacitación.	Lucia Morales (Nutricionista)	95%	20,727,399	20,137,651	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017

20	**INTERVENCIONES EN ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS**	2261 del 12/04/2017	17,218,955	Intervención mínima para consumo de bajo riesgo, Intervención breve para consumo de riesgo, Referencia asistida para consumo perjudicial o dependencia. Contratación de: Psicólogo, Enfermera, Nutricionista, Impresión de guías, materiales e instrumentos de apoyo a la intervención; Actividades de capacitación.	Elizabeth Micheas (Médico)	100%	12,053,269	11,830,902	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
21	**FONDO DE FARMACIA**	1935 del 29/03/2017	187,949,317	Componente 1: Implementación de un fondo de medicamentos destinado a personas con enfermedades Cardiovasculares y en la adquisición de insumos para curación avanzada de pie diabético. Componente 2: Contratación de 1 Químico Farmacéutico y 2 Tens de 44 hrs. C/U.	Sergio Álvarez (Químico Farmacéutico)	90%	131,564,522	129,116,416	75%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
22	**APOYO A LA GESTIÓN DIGITADORES G.E.S.**	1559 del 06/03/2017	12,345,570	Contratación de: Recurso humano administrativo en cada establecimiento para registro en sistema SIGGES formularios y prestaciones trazadoras de los usuarios con patología GES.	Fabián Muñoz (Contador Auditor)	100%	8,641,899	8,213,567	80%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
23	**CAMPAÑA INVIERNO 2017**	2997 del 25/05/2017	5,506,419	Campaña de vacunación Anti influenza. Componente Pediátrico: Contrato Enfermera por 3 meses. Componente Adulto y Pediátrico: 89 horas médicas consultas morbilidad y extensión horaria; 89 horas médicas refuerzo consultorio.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	5,506,419	5,506,419	100%	

24	**IRA SAPU VALENTIN LETELIER**	3413 del 08/06/2017	2,035,431	Reforzamiento del tratamiento de IRA en SAPU por tres meses, destinados a cubrir atención Kinésica a los beneficiarios del establecimiento. Contratación de: Kinesiólogo por los meses de Junio, Julio y Agosto.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	2,035,431	2,035,431	100%	
25	**IRA SAPU OSCAR BONILLA**	3412 del 08/06/2017	2,035,431	Reforzamiento del tratamiento de IRA en SAPU por tres meses, destinados a cubrir atención Kinésica a los beneficiarios del establecimiento. Contratación de: Kinesiólogo por los meses de Junio, Julio y Agosto.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	2,035,431	2,035,431	100%	
26	**CECOSF YERBAS BUENAS**	3493 del 15/06/2017	83,737,136	Trabajo con familias, autocuidado, 22 hrs. Coordinador CECOSF, implementar modelo de atención CECOSF, participación comunitaria y promoción de la salud.	Natalia Tapia (Enfermera)	80%	58,615,995	55,325,489	70%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
27	**ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL**	2254 del 12/04/2017	41,806,411	Desarrollar acciones de vinculación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de familias de alto riesgo psicosocial, realizar acciones de seguimiento.	Elizabeth Micheas (Médico)	90%	29,264,488	30,212,933	80%	Falta pago de honorarios a funcionarios contratados por convenio de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017
28	**APOYO A LA GESTIÓN BRECHA MULTIFACTORIAL**	6509 del 20/12/2017	121,500,000	Calidad, oportunidad y continuidad de la atención. Habilitación de ficha clínica electrónica.		100%	121,500,000	114,113,615	93%	Falta realizar el último pago a la empresa que se adjudicó el contrato de la Red Eléctrica de CESFAM Valentin Letelier
29	**CAMPAÑA INVIERNO SAPU OSCAR BONILLA**	4129 del 10/07/2017	5,500,000	Refuerzo equipo de salud en Centros de APS para los dispositivos de urgencia, información oportuna al Servicio de Salud sobre avance de la Campaña.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	5,500,000	5,500,000	100%	

30	**CAMPAÑA DE INVIERNO SAPU VALENTIN LETELIER**	4130 del 10/07/2017	5,500,000	Refuerzo equipo de salud en Centros de APS para los dispositivos de urgencia, información oportuna al Servicio de Salud sobre avance de la Campaña.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	5,500,000	5,500,000	100%	
31	**CAMPAÑA DE INVIERNO II**	3958 del 04/07/2017	2,324,868	Refuerzo equipo de salud en Centros de APS mediante consultas de morbilidad, en especial cuadros respiratorios en horario hábil y de extensión.	Rodrigo Castro (Kinesiólogo)	100%	2,324,868	2,324,868	100%	
	TOTALES		**2,161,261,998**				**1,607,996,109**	**1,266,072,657**	**-**	

Sección IX: Área Administrativa:

1. Dotación 2017 (Planta y Plazo Fijo)

PROFESIONAL	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS SEMANALES	Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO
Médico	21	891	0.011
Odontólogo/a	13	539	0.007
Químico Farmacéutico	5	220	0.003
Enfermero/a	33	1452	0.018
Matrón/a	17	748	0.009
Nutricionista	12	528	0.006
Asistente Social	10	440	0.005
Psicólogo/a	7	308	0.004
Kinesiólogo/a	12	528	0.006
Laboratorista Dental			
Profesor Ed. Física			
Terapia Ocupacional			
Ed. Párvulos	1	44	0.001
Téc. Paramédico (TENS)	73	3212	0.039
TPM Farmacia			
TPM Dental			
Of. Administrativo/a	35	1540	0.019
Auxiliar de Servicio	18	792	0.010
Conductores	19	824	0.010
Contador Auditor	6	264	0.003
Ingeniero en Prevención de Riesgo	1	44	0.001
Tec. en Administración	24	1056	0.013
Tecnólogo Medico	3	121	0.001
Tec. en Programación	2	74	0.001
Auxiliar Paramédico	11	484	0.006
Tec. en Informática	2	88	0.001
Contador nivel Medio	1	44	0.001
Ingeniero Automotriz	1	44	0.001
Ingeniero Comercial	2	88	0.001
Ingeniero en Administración	2	88	0.001
Nochero	1	44	0.001
Secretaria	5	220	0.003

2. Ausentismo Laboral

Porcentaje de Ausentismo por Licencia médica en Relación a la Dotación Contratada 2016 - 2017

		2016				2017			
Cat.	Profesión o Actividad	DOTACION EN HRS. 2016	HORAS LABORALES ANUALES	HRS. DE AUSENTISMO	% AUSENTISMO 2016	DOTACION EN HRS. 2017	HORAS LABORALES A AGOSTO 2017	HRS. DE AUSENTISMO 2017	% AUSENTISMO 2017
	Médico	814	42328	3074	7.26	891	31185	1469	4.71
	Dentista	537	27924	1296	4.64	539	18865	1994	10.57
A	Químico-Farmacéutico	44	2288	654	28.57	220	7700	295	3.84
	Asistente Social	429	22308	3905	17.50	440	15400	490	3.18
	Enfermera	1353	70356	6367	9.05	1452	50820	8655	17.03
	Kinesiólogo	440	22880	1672	7.31	528	18480	974	5.27
	Matrona	704	36608	5010	13.68	748	26180	2420	9.24
	Nutricionista	528	27456	4149	15.11	528	18480	559	3.03
	Psicólogo	209	10868	2169	19.95	308	10780	2363	21.92
	Tecnólogo Médico	88	4576	327	7.14	121	4235	281	6.64
	Ingeniero en Administracion	44	2288	94	4.12	88	3080	6	0.20
	Contador Auditor	176	9152	226	2.47	264	9240	145	1.56
	Educadora de Párvulos	44	2288	0	0.00	44	1540	0	0.00
	Ingeniero Comercial	44	2288	0	0.00	88	3080	75	2.45
	Ingeniero Automotriz	44	2288	38	1.65	44	1540	528	34.29
	Fonoaudiologo(a)		0	0	0.00	44	1540	0	0.00
	Ingeniero en Prev. de Riesgos	44	2288	50	2.20	44	1540	31	2.04
B	Relacionador Publico	33	1716	0	0.00	44	1540	0	0.00
	Tecnico Programador	74	3848	88	2.29	74	2590	0	0.00
	Tecnico Informatica	88	4576	88	1.92	88	3080	31	1.02
	Tecnico en Administracion	253	13156	0	0.00	220	7700	1169	15.18
	Tecnico Adm. Publica	44	2288	886	38.74	44	1540	503	32.65
	Secretaria Ejecutiva	220	11440	2062	18.02	264	9240	0	0.00
	TANS		0	0	0.00	792	27720	2697	9.73
	Técnico Paramédico N. Sup.	2860	148720	19209	12.92	3212	112420	16261	14.46
	Tecnico Juridico	44	2288	277	12.09	44	1540	138	8.98
C	Contador	132	6864	918	13.37	44	1540	25	1.63
	Técnico Paramédico	484	25168	3438	13.66	484	16940	4061	23.97
D	Contador	44	2288	0	0.00	44	1540	302	19.59
	Administrativo	2200	114400	8234	7.20	1540	53900	4733	8.78
E	Secretaria	132	6864	1131	16.48	44	1540	465	30.20
	Chofer	824	42848	1458	3.40	824	28840	2219	7.69
	Auxiliar	748	38896	1697	4.36	792	27720	490	1.77
F	Nochero	44	2288	0	0.00	44	1540	94	6.12
	Director CESFAM	132	6864	1125	16.39	0	0	0	0.00
Otros	Director Comunal	44	2288	245	10.71	44	1540	0	0.00
	TOTALES:	**13942**	**724984**	**69887**	**9.64**	**15033**	**526155**	**53478**	**10.16**

Fuente: Unidad de Recursos Humanos, Depto. de Salud

Dotación en horas: Número de horas contratadas por cargo
Horas laborales Anuales: Horas laborales al año 2016, considerando un total de 52 semanas
Horas Laborales a Agosto: Horas laborales, considerando 35 semanas al 31 de Agosto 2017
Horas de Ausentismo: Número de horas de ausentismo por licencia médica
% de Ausentismo: Porcentaje de ausentismo en relación al total de horas laborales por cargo

3. Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional

La prevención de riesgos laborales en la atención primaria de salud, es desarrollada en base a una planeación, organización, ejecución y evaluación de una serie de actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los funcionarios de salud. El Programa de gestión en prevención de riegos está diseñado y desarrollado con el fin de generar una alta incidencia en el buen estado de los trabajadores y es la más efectiva medida para incrementar la productividad al reducir el ausentismo laboral, incentivar el recurso humano y disminuir la accidentalidad.

El Departamento Comunal de Salud de Linares, en consecuencia con los riesgos inherentes que tiene cada actividad del área de atención primaria de salud, implementa una táctica preventiva que aporte a la obtención de ambientes de trabajo seguros, generando esfuerzos para lograr una mejor satisfacción laboral y con esto una mejor actitud frente a la prevención de riesgos por parte de todos los funcionarios.

Con ello se espera no solo dar cumplimiento a una necesidad legal, sino que por sobre todo, una necesidad de protección constante a nuestros funcionarios frente a los innumerables factores de riesgos encontrados en cada uno de los puestos de trabajo. Desarrollo de una gestión en prevención de riesgos y salud ocupacional.

OBJETIVO GENERAL

Contar con una herramienta que permita realizar una adecuada gestión en materia de prevención de riesgos, considerando las particularidades de la realidad local.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer acciones concretas tendientes a la reducción sistemática de los accidentes del Trabajo y trayecto.
- Cumplir con las disposiciones legales vigentes.
- Identificar, evaluar y controlar presencia de agentes ambientales con potencial para producir enfermedades profesionales.
- Efectuar acciones educativas en materia de Prevención de Riesgos e Higiene Ocupacional, promocionando la capacitación y el adiestramiento de todos los funcionarios de los Centros de Salud.
- Evaluar y Controlar los riesgos presentes en cada uno de los Centros de Salud.
- Mantener permanente coordinación con el organismo administrador de la ley 16.744 al cual se encuentra adherida la Institución, y generar planes de trabajo en conjunto que permitan optimizar los recursos, mejorar cobertura y calidad de la atención al personal.
- Proporcionar asesoría para la constitución y adecuado funcionamiento del comité paritario de Higiene y Seguridad. (5 comités constituidos)
- Asesorar en la aplicación de las normas legales de protección laboral a los funcionarios.
- Mantener un sistema de notificación de accidentes de trabajo, monitoreo de la tasa de siniestralidad y registro del seguimiento de accidentes laborales.
- Asesorar a la Institución en la compra de los elementos de protección personal (EPP), correspondientes al riesgo expuesto de los funcionarios del recinto.
- Mantener registro actualizado de equipos extintores del Establecimiento.
- Diseñar y mantener un plan que permita enfrentar emergencias con la finalidad de minimizar pérdidas tanto materiales y humanas dentro de cada uno de los Centros de Salud.

- Asesorar en la evaluación de los riesgos, en el manejo de estadísticas, e identificación de puntos críticos, en el cumplimiento de la normativa legal vigente en materia de accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y en la confección e implementación de programas de salud y seguridad ocupacional.
- Controlar el avance y resultados del programa de gestión de comités paritarios.

4. Plan Inversiones 2017 2018

Inversiones 2017

Dentro de los aspectos para entregar una mejor infraestructura y condiciones a funcionarios y usuarios, se pueden mencionar las siguientes modificaciones y Proyectos de mejoras.

- Servicio de atención primaria de urgencia de alta resolución (SAR)
- Funcionamiento Cesfam Luis Navarrete Carvacho incluyendo modificaciones en esterilización y laboratorio y sala de rayos dental.
- Ampliación e incorporación de conteiner Cecosf Yerbas Buenas
- Conservación red eléctrica y datos del Cesfam Valentín Letelier
- Conservación red eléctrica y datos del Cesfam san juan de dios
- Modificación de iluminación con equipos de alta eficiencia en Cesfam Oscar Bonilla
- Modificación de iluminación con equipos de alta eficiencia en postas rurales.
- Instalación de equipos de aire acondicionado en postas rurales.
- Instalación de conteiner para administrativos en Cesfam Oscar Bonilla
- Aumento de capacidad eléctrica en posta Vara Gruesa.
- Reparaciones varias en postas rurales (pintura, cambio de chapas de puertas, protecciones
- Instalación de bodegas para el almacenamiento transitorio de reas.
- Reparación de techumbre Cesfam Valentín Letelier
- Compra e instalación de generador en posta vara gruesa, tas toscas.
- Modificación de accesos y baños para discapacitados en centro comunitario de rehabilitación (CCR)
- Reubicación de unidad de archivo e incorporación de box administrativo en Cesfam Valentín Letelier
- Reparaciones varias (arreglos baños, chapas puerta, cambio enchufes, etc.), en todas las unidades urbanas pertenecientes a el DECOSAL (Cesfam, Cecosf, CCR, Modulo Dental, entre otras).
- Modificación de baños de personal Cesfam San Juan de Dios
- Incorporación de some en Cesfam Valentín Letelier y reubicación de box de Químico Farmacéutico.
- Ejecución de proyecto de red informática, permitiendo la conectividad entre los Cesfam y el Departamento de Salud.

Inversiones 2018

UNIDAD SALUD RURAL

- Implementación sistema de radio Urbano - Rural
- Construcción Bodega Dental
- Reposición de postes Postas Rurales
- Implementación del modelo consultorio Urbano Rural, sector Vara Gruesa
- Implementación sala de estimulación Vara Gruesa

CESFAM VALENTÍN LETELIER

- Proyecto de ampliación Valentín Letelier
- Cambio de techumbre
- Remodelación de patio

CESFAM SAN JUAN DE DIOS

- Reposición de techo
- Remodelación de espacios de trabajo
- Reubicación conteiner

CESFAM OSCAR BONILLA

- Implementación de conteiner
- Apoyo sacar Proyecto de Reposición de Cesfam

Sección X: Plan de Cuidados de Salud de la Población

1. Programa de la Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	50%	REM-P2	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	Porcentaje de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores realizados	(N° de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior)/N° de talleres realizados año anterior)*100	Aumentar el Número de Talleres respecto del año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	25%	REM 01	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA30

PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%	REMP2	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Disminuir en 10%	REM-P2	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Total de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2017 - número de niños y niñas migrantes bajo control año 2016/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2016	Aumentar el número de niños migrantes bajo control en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM 01	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS

				control de salud de los 18 meses					
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	90%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas realizados	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en	Talleres preventivos de violencia de genero a niños/as menores de 10 años y a sus madres,	Porcentaje de Talleres preventivos de violencia de genero realizados	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

		personas usuarias de la Atención Primaria	padres y/o cuidadores de niños/as		realizados (año anterior))*100				
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	REM 03	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36a 71 meses con evaluación de presión arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	línea base	REM	SALUD EN LA INFANCIA	
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as de 218 meses de edad con vacuna Hepatitis a administrada	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada/Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100	línea base	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	(Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control en el centro de salud (CERO)* 100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura	Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo	(Nº de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 7 años inscritos	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

	en los más vulnerables	al control de salud infantil		control en salud oral (CERO)	y validados en los establecimientos)*100				
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	(N º de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados)*100	70%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que	100%	Plataforma PVS	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

				fallecidos por neumonía	fallecen en domicilio por neumonía)*100				
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a aniños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Aumentar en un 5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	≥79%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	2.5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

		consumo problemático de alcohol y drogas	consumo problemático de alcohol y drogas			potencial con trastornos mentales			
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2017 (Menos) N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2016 / N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2016	Aumentar en N° de altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años	Porcentaje de controles de salud mental realizados por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2017) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)	Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	(Nº de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación rem 2018	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

2. Programa del Adolescente

NIVEL	**OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**	**OBJETIVO SANITARIO**	**ACTIVIDAD**	**NOMBRE INDICADOR**	**FORMULA DE CALCULO**	**META**	**FUENTE**	**CICLO DE VIDA**	**SE ARTICULA CON**
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior)) a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años) *100	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PROMOCION	Aumentar los Factores Protectores de salud en las personas de Pueblos indígenas	Promoción de la salud mental en población indígena de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres de promoción para el cuidado de salud de la población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental con pertinencia cultural: Taller de promoción de la salud mental en población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres diseñados y realizados / Nº de talleres programados con pertinencia cultural en población indígena adolescente y jóvenes de 10 a 24 años) *100	Establecer Línea Base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PESPI

PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / (Nº total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en un 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años con acompañamiento en el control prenatal	(N° de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años con acompañante/ Nº Total de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años realizados)*100	30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años /RN dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN)*100	70%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años/RN entre los 11 y 28 días de vida	(Nº de control de salud integral a puérperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida / Nº total de ingresos de RN)*100	90%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro)* 100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal)	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	25% población 10 a 19 años	REM-A01 Población inscrita 10 a 19 años	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral/número de adolescentes de 10 a 19 años con control de salud integral)*100	Establecer línea base	REM P9/REM A01	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años	Control Preconcepcional.	Porcentaje controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))/ Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Porcentaje de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reciben consejerías en salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar en un 30%	REM P9	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	25% de adolescentes 10-19 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con “método de regulación de fertilidad más preservativo”) / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a jóvenes de 20-24 años	Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de15 a 24 años	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior))*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	Porcentaje de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH.	(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	90% de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

					embarazadas de 13 y más semanas) *100.				
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y más semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y más semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Dtpa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación	Porcentaje adolescentes con embarazo de 28 semanas y más vacunados con dtpa	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con dtpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	*Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 18 y 24 años con VIH(+)	Porcentaje de personas entre 18 y 24 años VIH (+)	N° de personas entre 18 y 24 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 18 y 24 años VIH (+) en control *100.	línea base	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas	Plataform a PVS	SALUD EN LA ADOLESC ENCIA Y JUVENTU D	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años	(Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a jóvenes 20 a 24 años (año anterior))*100.	Incrementar al menos en un 20%	REM-FONASA	SALUD EN LA ADOLESC ENCIA Y JUVENTU D	IAAPS
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años)	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESC ENCIA Y JUVENTU D	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)	Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) Cálculo de proporción: (Nº de población 10 a 24 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y jóven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

						moderada y/o severa			
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)([MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con PA <140/90/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar en un 10% de la población inscrita respecto al año anterior.	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% respecto al año anterior , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Proporción de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%)	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar en al menos 10% , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

						presión arterial.			
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas adolescentes	(N° de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazdas adolescentes	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	≥74%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Población adolescente inscrita año actual)*100	2.50%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/N° de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Altas de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género	(N° de adolescentes y jóvenes victimas de violencia de género egresadas por alta (año vigente) (Menos) N° de adolescentes y jóvenes victimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes victimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior))*100	Aumentar en N° de altas de adolescentes y jóvenes victimas de violencia de género respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº deadolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas de 10 a 24 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de personas egresadas por alta (año vigente) (MENOS) N° de personas egresadas por alta (año anterior) / N° de personas egresadas por alta terapéutica (año anterior))*100	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente) (MENOS) ((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100	Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPSA en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPSA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPSA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años detectados en el EPSA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	Chile Crece Contigo

REHABILITACION	Disminuir la discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

3. Programa del Adulto

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON

PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	NO HAY REM PARA CONSEJERÌA BREVE	SALUD EN EDAD ADULTA	MAIS
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Porcentaje de gestantes que ingresan a talleres de educación prenatal	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el	Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal portadoras de	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal portadora Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Establecer linea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

		nivel primario de atención		Streptococo Grupo B					
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 3 %	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS

		personas de 25 a 64 años.							
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN)* 100	70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

		nacido dentro de los 10 días de vida.							
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultos que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Linea base 2018	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 4%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 55%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

						colelitiasis en población general			
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 10 %	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	100% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10% el examen de VIH en relacion al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza	N° de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con	Porcentaje de mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y	N° mujeres adultas embarazadas con 28 y mas semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

	Transmisibles en eliminación		28 semanas y más de gestación	más de gestación más vacunados con dtpa	de 28 y mas semanas de gestación) *100.				
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 25 y 40 años con VIH(+)	porcentaje de personas entre 25 y 40 años VIH (+)	N° de personas entre 25 y 40 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 25 y 40 años VIH (+) en control *100.	linea base	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / N° de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas de 20 años o mas	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas / total de gestantes de 20 años o mas ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	META SANITARIA
PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM 19	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	2%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)([MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en un 10% de la población inscrita,	REM MENSUAL	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM MENSUAL	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% de la PBC en relación al año anterior	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en un 10% respecto al año anterior	REM MENSUAL	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Aumento de las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))	Aumentar en 10% con respecto al año anterior.	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPSA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPSA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPSA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPSA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05	SALUD EN EDAD ADULTA	ChCC
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabéticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	P4	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 24 - 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	P4	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas el año actual en población de 25 a 64 años / Población de 25 a 64 años inscrita año actual)*100	2.5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior) (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar el N° de controles respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	N° de personas egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas egresadas por alta año anterior5 / N° de personas egresadas por alta terapéutica año anterior (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población adulta de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS

						años) del 22% de prevalencia			
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	(Nº de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Altas de personas adultas de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas egresadas por violencia de género	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100		REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Atención de salud con pertinencia cultural	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de fertilidad.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población indígena 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población indigena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población indigena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población indigena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	PESPI

4. Programa del Adulto Mayor

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas con consejería breve antitabaco	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de	100%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

					atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100				
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior (80% ES MUY ALTO)	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	30 % con control de seguimiento realizado	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	95 % de cobertura	RNI	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65	(Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / N° de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 20%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

			población mayor de 65 años	años y mas con baciloscopia					
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m2)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica	Control preventivo de	Porcentaje de mujeres adultas mayores con	(Nº de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /Nº total	Aumentar el 4%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

		en mujeres de 65 años y más	salud integral ginecológica.	controles ginecológicos preventivos	de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100				
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a persona adulta mayor con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta	(Nº de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta. se	SIDRA	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

						trabajara con reuniones de contacto para obtener información.			
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100	Incrementar en un 5% el examen de VIH	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa)*100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

		riesgo y en riesgo de Dependencia.		condición funcional					
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia	Nº de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	Que al menos el 30 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (60% no es posible)	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	INFORME	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

			consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	adulta mayor de 64 años					
PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 y más años bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y mas bajo control con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% los años siguientes	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y más años estimados según prevalencia en población inscrita validada	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y mas con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, en la población inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de diabéticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabéticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabéticos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 15% la proporción de diabéticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% los años siguientes	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 65 y más años bajo control.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) Calculo proporción de compensación de metas N° de diabéticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabéticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabéticos de 65 y mas años estimados según prevalencia en la población inscrita validada	Incrementar en un 10% la la proporción de diabéticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensacion de al menos 80% los años siguientes	REM, ENS 2009 (10%)	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes)	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

				PSCV con fondo de ojo vigente	(MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100				
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	Aumentar en 10%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen	Acceder a atención kinésica dentro de 24 hrs según derivación médica por NAC	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas	100%	SIGGES	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

		con NAC de manejo ambulatorio.	de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	24 horas de indicación	de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100				
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adultos mayores	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en adultos mayores el año actual / Población inscrita de adultos mayores año actual)*100	2.5%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 64 años y mas)	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	30%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	IAAPS

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta terapéutica año anterior)*100	Aumentar en N° de altas, respecto al año anterior	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) /	Aumentar en N° de controles respecto al año anterior	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

			de población adulta mayor de 64 años		((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100				
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta mayor de 64 años	(Nº de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Altas de personas adulta mayor de 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar en N° de personas egresadas por violencia de género	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	Aumentar en 25%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartolas o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modif. REM 2017	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación REM 2018	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

Sección X: Plan de Capacitación 2018

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesio-nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis-trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
1. Fortalecer el nuevo modelo de atención.	"Sensibilización para la Acreditación" Capacitación Comunal	Obtener los conocimientos y herramientas necesarias para facilitar el proceso de Acreditación en Salud y su aplicación en un centro de atención cerrada. Conocer en términos generales los estándares de acreditación vigentes y su aplicación.	39	108	109	12	34	38	340	25	6,800,000	0	0	6,800,000	Licitación	Encargado Capac	ABRIL
2. Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.	"Reanimación Cardiopulmonar Básica para funcionarios de APS" Cesfam Valentín Letelier y Módulo Dental	Conocer maniobras y acciones básicas en relación a situaciones de riesgo vital cardiopulmonar.	8	19	17	3	10	6	63	25	1,260,000	0	0	1,260,000	Licitación	Encargado Capac	ABRIL
3. Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.	"Humanización del Trato en Atención Primaria de Salud Cesfam San Juan de Dios y Cecosf Yerbas Buenas	Potenciar el desarrollo de competencias, habilidades blandas y de actitudes significativas en el proceso de humanización del ámbito de la Salud, de tal modo que favorezca el buen trato y la atención a los usuarios, con un enfoque multicultural.	12	32	21	4	13	9	91	25	1,820,000	0	0	1,820,000	Licitación	Encargado Capac	ABRIL
4. Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.	"XXXI Jornada Taller Rural: Enfoque Multicultural e integración y discapacidad en APS" Unidad Rural	Contribuir a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de atención primaria de salud para la implementación de los objetivos y desafíos de la APS.	5	9	15	3	3	5	40	25	800,000	0	0	800,000	Licitación	Encargado Capac	MAYO
5. Mejoramiento de la Calidad de Vida Laboral.	"Autocuidado y Trabajo en Equipo" Luis Navarrete Carvacho	Desarrollar competencias técnicas y sociales de desempeño para el fortalecimiento del trabajo en equipo, resolución de conflictos y mejoras en el clima laboral.	5	13	12	0	2	4	36	25	720,000	0	0	720,000	Licitación	Encargado Capac	MAYO
6. Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.	"Sensibilización migratoria" Cesfam Oscar Boniila, CCR y UAPO	Adquirir herramientas que se adecuen mejor a las necesidades de los inmigrantes, construyendo una ciudadanía más globalizada.	7	22	21	1	4	4	59	25	1,180,000	0	0	1,180,000	Licitación	Encargado Capac	ABRIL
7. Mejoramiento de la Calidad de Vida Laboral.	"Calidad de Vida Funcionaria" Dirección Comunal	Ser capaces de reconocer y controlar los estados de estrés, realizar una adecuado autodiagnóstico sobre el estrés, crear y utilizar estrategias adecuadas para disminuir los niveles de estrés, aplicar técnicas de relación cuando los niveles de estrés se encuentren elevados, desarrollar la capacidad asertiva para relacionarse con otros y mejorar la calidad de vida funcionaria.	2	12	8	1	15	6	44	25	880,000	0	0	880,000	Licitación	Encargado Capac	JUNIO
Totales			78	215	203	24	81	72	673	0	13,460,000	0	0	13,460,000			

Sección XI: Programación de Actividades

PROFESIONAL	JORNADA				HORAS DISPONIBLES	
	11	22	33	44	SEMANALES	ANUALES
Médico	1	0	1	18	836	35112
Odontólogo	1	1	1	6	506	21252
Químico Farmacéutico	0	0	0	1	44	1848
Enfermera	0	0	0	29	1313	55146
Nutricionista	0	1	0	11	506	21252
Matrona	0	0	0	15	669	28098
Kinesiólogo	0	1	0	8	374	15708
Psicólogo	1	0	0	7	319	13398
Asistente Social	0	0	0	8	352	14784
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0
Fonoaudiólogo	0	1	0	3	154	6468
Educadora	0	1	0	3	154	6468
Preparador Físico	0	0	0	0	0	0
Podólogo	0	0	0	0	0	0

Sección XII: Gestión

Reuniones clínicas administrativas de sector:

- En cada CESFAM se realizan reuniones clínicas administrativas por sector mes por medio y se incluyen todos los estamentos. Se programan con tabla de trabajo y se incluye para el 2018 el proceso de acreditación de calidad como tema de reunión mensual.

Las reuniones de equipo gestor se programan en forma bimensual e incluyen las temáticas del MAIS, supervisión de programación, análisis y estado de avance de la programación, etc.