

PLAN COMUNAL DE SALUD 2017

Corporación Municipal de Educación y Salud San José de Maipo



ÁREA SALUD



INDICE

	Pág.
1. Introducción	4
2. Misión y Visión.	5
3. Análisis Demográfico.	5
4. Red Salud Comunal.	19
5. Evaluación.	23
5.1 Diagnostico Epidemiológico.	23
5.2 Salud Familiar y cumplimiento Herramienta MAIS.	28
5.3 Programa nacional de Inmunizaciones.	32
5.4 Ingreso Programa Infantil.	34
5.5 Lactancia Materna Exclusiva.	34
5.6 Salud Oral niños y niñas.	38
5.7 Programa Sembrando Sonrisas.	40
5.8 Salud oral niños y niñas de 6 años.	41
5.9 Salud Mental niños y niñas.	43
5.10 Vida Sana prevención enfermedades no transmisibles.	46
5.11 Participación Social niños.	47
5.12 Salud del adolescente.	48
5.13 Control de Salud del adolescente.	51
5.14 Salud mental adolescente.	53
5.15 Promoción de Salud.	56
5.16 Espacios Amigables.	57
5.17 Salud Mental del Adulto.	67
5.18 Salud oral del adulto.	70
5.19 Salud oral embarazada.	70
5.20 Salud oral integral adulto 60 años.	71
5.21 Urgencias Odontológicas ambulatorias.	72
5.22 Programa especiales.	73
5.23 Salud Cardiovascular en el adulto.	75
5.24 Rehabilitación Integral en personas de 55 y mas años.	78

5.25 Vida Sana prevención enfermedades no transmisibles.	80
5.26Pesqiza de Cáncer Cervicouterino.	80
5.27 Adulto Mayor.	85
5.28 Salud Mental adulto mayor.	93
5.29 Rehabilitación física adulto mayor.	96
6. Transversales.	103
6.1 Evaluación Metas Sanitarias.	103
6.2 Satisfacción Usuaría.	105
6.3 Farmacias y bodegas Comunes.	109
6.4 Gestión de Calidad.	117
6.5 Dotación Comunal 2016 – 2017	120
6.6 Capacitación.	120
6.7 Proyectos Innovadores.	122
6.8 Cartera de Servicios.	125
7 Programación 2017.	139
8 Proyecto presupuestario.	181

1. Introducción.

El Plan de Salud comunal de las Postas de Salud Rural administradas por la corporación municipal de salud de salud y educación de San José de Maipo , significan la guía fundamental de gestión para el crecimiento desarrollo y ejecución de todas las acciones locales y de redes integradas de los servicios de salud, relacionando los establecimientos de atención primaria con otros niveles de atención , procurando las orientaciones estratégicas desde el sector publico con énfasis en lo sanitario para beneficio directo de familia y comunidades, para el desarrollo de un modelo de atención de salud integral con enfoque familiar , comunitario e intercultural es necesario revisar el rol normativo del ministerio de salud según la ley 19.937 y en la ley 19.378 del estatuto de la atención primaria de salud además de las consideraciones de la ley 20.500, dicho lo anterior es preciso señalar que el presente plan se acoge al marco legal ya mencionado.

El objetivo de este plan es favorecer el mejoramiento de las prácticas cotidianas de las Postas de las Vertientes, San Gabriel y el volcán, siempre desde el enfoque de la mejora continua en el marco del modelo de salud familiar y desde luego centrada en los objetivos sanitarios del periodo (2011-2020).

Cabe señalar dentro del marco legal señalado se destaca la ley 20500, dado que desde el año 2002 el proceso de reforma incluye y valida la participación social en salud como parte de las orientaciones generales, como comuna específicamente en lo referido al trabajo desarrollado por las Postas de salud rural administradas por la corporación municipal de San José de Maipo nos hemos comprometidos con este proceso asumiendo dentro de la estrategia total a la participación social como un eje transversal fundamental y necesario para la profundización de un modelo integral e integrador que fomente practicas saludables sostenidas en el vinculo equipo de salud y comunidad. Por otra parte hemos enfocado el trabajo hacia la resolución oportuna de los requerimientos de la comunidad, orientando la gestión y el monitoreo sobre acciones que permitan cada vez mayor resolutiveidad y desde luego para esto, capacitando y entrenando al equipo en su conjunto.

Para finalizar se destaca que la elaboración de este plan ha sido participativa incluyéndose de distintas maneras a actores centrales como lo son equipo Gestor, equipo técnico, comunidad, etc a todos ellos muchas gracias.

2. Misión y visión Postas de Salud Rural, Área de Salud CMSJM

Visión: “Ser un Establecimientos de Salud de Atención Primaria centrados en el buen y oportuno servicio a los usuarios internos y externos del sistema, facilitando el desarrollo de una salud humanizada basada en los lineamientos de la salud familiar y la gestión participativa, considerando las necesidades de la población y la idea fundamental de la prevención”.

Misión: “Mejorar en forma continua la gestión interna y la calidad de los servicios otorgados en las diferentes postas de salud rural de la comuna, de forma equitativa e igualitaria, garantizando la accesibilidad, centrada en el modelo de salud familiar”

El modelo de atención de salud se debe orientar hacia el logro de los siguientes objetivos sanitarios:

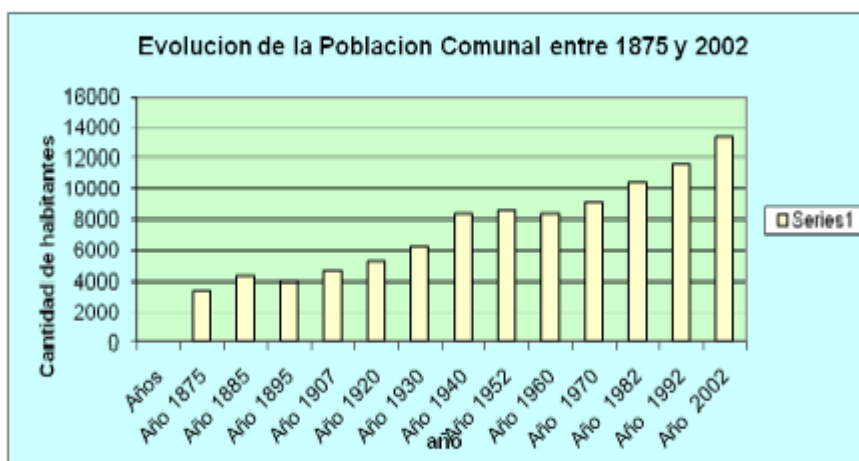
- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud agenciando desde la APS la facilitación de los espacios y el ejercicio de los mecanismos de participación. En este punto será central el trabajo de redes socio comunitarias y mixtas (institucionales y comunitarias).
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

3. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.

Respecto de los aspectos demográficos es preciso señalar que la comuna presenta un ascenso de la población en casi todos los periodos comprendidos entre los años 1875 y 2002. Sin embargo, se dan tres períodos en que la población descende: -En 1895, dada la crisis económica que vivía el país, por un lado, y también el ocaso de la pequeña industria minera de la zona desplazada por las industrias; y, por el otro, por las enfermedades que generaban las malas condiciones de vida de la zona y la falta de recursos que permitieran su mejora. - Durante 1960, producto de la migración de la población hacia la Metrópolis en búsqueda de nuevas fuentes laborales y calidad de vida; la reutilización de las tierras, disminución de la superficie territorial y venta de las mismas. Por otro lado, por el descenso en la tasa de natalidad entre 1952 y 1960 dentro de la comuna. - Finalmente en 1982, se puede apreciar el mismo problema, fruto de los cambios habitacionales que promovía el gobierno de turno en pro de las áreas de descanso en la comuna y nuevas viviendas sociales en comunas de Santiago; el avance de la población hacia los servicios que otorgaba la ciudad, disminución de la superficie

comunal producto de la nueva división político administrativa, y finalmente la crisis política y económica que vivía el país

Tabla nº 7 y grafica nº 3: Evolución demográfica San José de Maipo desde 1875 hasta el 2002.



Fuente: Elaboración propia en base a datos I, Anuario demográfico años 1875-2002

PROYECCIONES DE POBLACIÓN A NIVEL COMUNAL.

De acuerdo con las Proyecciones de población del INE, se puede establecer que entre el año 1990 y 2020, las estadísticas muestran un aumento sostenido y leve de la población comunal, esperándose que al año 2020 el total de población sea de 14.144, en tanto, la tabla nº 14 muestra también que los grupos entre 0 y 54 años tienden a disminuir aumentando de este modo la población mayor o envejecida.

Tabla nº 14: POBLACIÓN ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1990-2020

SAN JOSE DE MAIPO	POBLACIÓN ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO; SEGUN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1990-2020						
	Año	1990	1995	2000	2005	2010	2015
TOTAL	11.481	12.567	13.563	14.124	14.441	14.453	14.144
0-4	1.323	1.259	1.040	967	936	879	789
5-9	1.107	1.262	1.297	1.005	917	873	806
10-14	1.049	1.168	1.278	1.306	1.000	900	844
15-19	1.024	1.014	1.286	1.292	1.310	994	882
20-24	961	1.005	1.037	1.289	1.273	1.272	954
25-29	1.112	1.071	1.020	1.039	1.271	1.229	1.210
30-34	947	1.090	1.072	1.030	1.028	1.228	1.157
35-39	803	1.000	1.139	1.068	1.017	994	1.159
40-44	684	792	970	1.129	1.050	992	952
45-49	547	663	809	939	1.082	996	937
50-54	436	542	629	784	904	1.034	948
55-59	406	443	553	623	769	878	1.000
60-64	355	392	425	505	565	693	789
65-69	279	337	376	378	450	501	606
70-74	199	224	267	323	326	389	427
75-79	132	152	170	218	264	264	315
80+	117	153	195	229	279	337	369

Fuente: Elaboración Propia según PROGRAMA DE PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN del INE

POBLACIÓN COMUNAL SEGÚN SEXO Y EDAD DE ACUERDO CON EL CENSO DE 2002.

La Tabla n° 16 muestra que la comuna de San José de Maipo presenta un patrón de población joven que se concentra básicamente en el grupo entre los 0 y los 40 años, teniéndose en consideración que el grupo que más pesa es el de 16 a 20 años. Además es interesante destacar que la población mayoritaria de la comuna es masculina tal como se ve representada en la tabla n° 16. Los grupos con menos de 400 habitantes están entre los 66 y más de 90 años existiendo en este grupo mayor población femenina que de hombres.

Tabla n° 16: Población comunal según sexo y edad de acuerdo con el Censo de 2002.

Rango de edad	Hombre	Mujer	Total
0 a 5	580	528	1108
6 a 10	612	569	1181
11 a 15	636	595	1231
16 a 20	745	507	1252
21 a 25	531	468	999
26 a 30	529	498	1027
31 a 35	521	486	1007
36 a 40	589	556	1145
41 a 45	484	477	961
46 a 50	395	394	789
51 a 55	317	324	641
56 a 60	286	269	555
61 a 65	208	229	437
66 a 70	192	166	358
71 a 75	156	138	294
76 a 80	89	95	184
81 a 85	44	65	109
86 a 90	26	47	73
90 y más	9	20	20
Total	6949	6431	13380

Fuente: Elaboración Propia según Censo 2002 INE

ORDENAMIENTO TERRITORIAL

Integración espacial, regional y nacional de la comuna.

San José de Maipo, en su identidad cordillerana, se conecta al territorio regional y nacional a través de un único acceso desde la comuna de Puente Alto, de la que depende no sólo desde el punto de vista de su conectividad sino también como centro de servicios y comercio, por cuanto éstos muestran un estado de desarrollo precario al interior de la comuna, principalmente relacionado con la gran extensión territorial y la escasa población que implica la inexistencia de umbrales de demanda que justifiquen servicios de mayor complejidad. Las características naturales existentes, principal condicionante comunal, se transforman así tanto en un problema como en una ventaja comparativa respecto del área metropolitana de Santiago, pues su aislamiento la transforma en una zona altamente requerida como asentamiento turístico, con todas las externalidades que esta condición acarrea a nivel de su desarrollo urbano, social y económico. Al interior de la comuna, se observan vías locales que conectan las localidades generando el esquema de un collar de perlas. Estas vías, que deben soportar el tránsito de carga proveniente de las plantas de extracción de áridos, son de un estándar menor a los requerimientos actuales y por otra parte, existen importantes extensiones de territorio sin cobertura vial, salvo por sendas y caminos en situación irregular e incluso en algunos casos ilegal.

DIAGNÓSTICO TERRITORIAL.

Área Territorial y Ocupada.

San José de Maipo se presenta como una comuna típicamente cordillerana, en que la estructura descrita como un “collar de perlas” se distribuye entre cerros y quebradas, emplazando asentamientos humanos en los llanos que generan las terrazas fluviales. El sistema completo de localidades de la comuna presenta 17 asentamientos, de los cuales 13 se encuentran definidos como urbanos por el Plan Regulador Metropolitano de Santiago, con su límite urbano definido, sin embargo, la baja o nula interacción de ellos hace que el sistema de centros poblados no alcance a configurarse como tal, sino simplemente como un conjunto de localidades.

Un punto interesante de este conjunto de localidades tiene relación con los roles que cada una desempeña, permitiendo definirlas a través de las actividades que desarrollan según lo describe la tabla n° 29.

Localidad	Tendencia
La Obra	Productiva
Las Vertientes	Residencial
El Canelo	Turística (de base e información)
El Manzano	Residencial (Parcelas de agrado)
Guayacán	Turística
San José de Maipo	Cabecera comunal
Lagunillas	Turística (refugio de montaña)
El Melocotón	Residencial (segunda vivienda)
San Alfonso	Centro de comercio / servicios (poblado)
El Ingenio	Residencial (segunda vivienda)
San Gabriel	Centro de comercio / servicios (poblado)
El Volcán	Asentamiento productivo (minería)
Baños Morales	Turística (refugio de montaña)

ACTIVIDAD ECONÓMICA-PRODUCTIVA DE LA COMUNA

De acuerdo a los antecedentes dispuestos es posible afirmar que en la comuna de San José de Maipo se encuentran una serie de actividades que se desarrollan asociadas a los recursos naturales del valle, como otras que directa o indirectamente se ven beneficiadas por las actividades turísticas de la comuna. Así podemos encontrar las siguientes actividades, las cuales se analizarán en este apartado:

- Turismo.
- Minería.
- Generación de energía eléctrica.
- Agricultura y Ganadería.

Así, respecto del área de influencia económica de los centros poblados de la comuna, se señala que ésta se orienta a la oferta turística de carácter semirural-cordillerano dirigida al público proveniente del Gran Santiago.

En este sentido, el SERNATUR, a partir del año 2002, ha considerado la comuna de San José de Maipo en el listado de las ZOIT-Zonas de Interés Turístico Nacional, con el fin de fomentar el desarrollo en ciertos centros de los servicios necesarios para la explotación de todos los potenciales turísticos que pudiese tener la comuna.

Características geográficas

Límites

La comuna de San José de Maipo se ubica en la Margen Sur-oriental de la Región Metropolitana, El pueblo de San José de Maipo, cabeza de la Comuna, está 52 Km. de Santiago. Sus límites comunales son:

Norte: con la Vª Región, Región de Valparaíso.

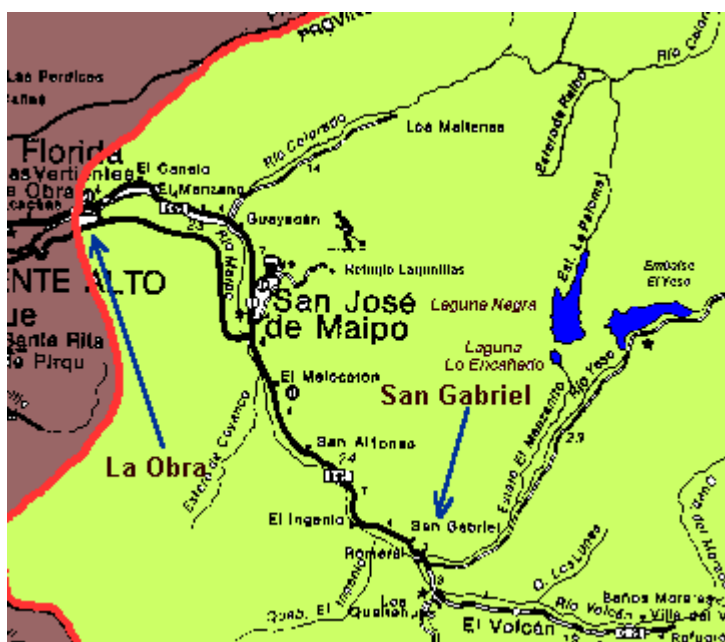
Sur: con la VIª Región, Región Del Libertador General Bernardo O'Higgins.

Oriente: con Mendoza, Argentina.

Poniente: Con Lo Barnechea, La Reina, Peñalolén, La Florida, Puente Alto, Pirque y la VIª Región.

Esta es una comuna semi-rural y ocupa cerca del 90% de la superficie de la Provincia de Cordillera. Además la Comuna representa más del 30% del total de la superficie de la Región Metropolitana.

San José de Maipo es la comuna con la mayor superficie de la Región Metropolitana. La población es de características rurales.



Geografía

La comuna cuenta con una superficie de 4.989 km². Corresponde a la alta cuenca del río *Maipo*. Este río es el principal de la Región Metropolitana de Chile. La alta cuenca del Maipo nace en la divisoria de aguas con Argentina y forma un complejo abanico de ríos tributarios del Maipo que finalmente drenan por la boca del Cajón del Maipo que se ubica en *La Obra*, también conocida como *El Raco*.

Por la gran extensión de la alta cuenca del Maipo, aquí se ubican las reservas principales de agua para la Región Metropolitana. Además las numerosas montañas, ríos y esteros permiten que el lugar sea una importante reserva de flora y fauna.

Tanto en el pasado como en la actualidad, ha existido una importante actividad minera. Inicialmente con oro, plata y cobre y hoy día fundamentalmente con la minería no metálica (caliza y yeso principalmente).

Características Demográficas:

La comuna cuenta con un total de 12.800 habitantes, distribuidos en una superficie de 4.989 Km². Estos viven principalmente en las distintas localidades de la Comuna:

Por el Río Maipo:

- La Obra, Las Vertientes, El Canelo, El Manzano, Guayacán, San José de Maipo, Melocotón, San Alfonso, El Ingenio, San Gabriel y Melosas.

Por el Río Colorado:

- Los Maitenes y Alfalfal

Por Río Volcán:

- El Romeral, Queltehues, El Volcán, Baños Morales y Lo Valdés.

La cabeza de la comuna y localidad de mayor población es San José de Maipo (1000 metros sobre el nivel del mar).

La altura del valle sobre el nivel del mar, varía entre los 800 metros en la localidad de La Obra y 2.200 metros en Baños Morales con una pendiente aproximada 1,12 %.

Clima: Templado con una temperatura media de 14°C, sus fluctuaciones van de 1°C en invierno y 28°C en verano.

San José de Maipo, es de belleza particular puesto que a sus variadas geoformas, en donde destacan sus numerosos cajones cordilleranos, valles y terrazas aluviales, se les une la característica vegetación nativa de la zona central (bosque esclerófilo) y fauna, siendo esta última peculiar por la existencia de una gran diversidad de aves menores, dándole a esta zona un especial atractivo.

El Cajón del Maipo, nombre comúnmente dado a este sector cordillerano, mantiene su encanto en las cuatro estaciones del año, no obstante sus valores naturales resaltan en la estación de primavera, donde sobresalen las especies componentes del estrato herbáceo y arbustivo con sus múltiples formas y colores.

Además este hermoso paisaje aumenta su valor turístico en el período invernal, ya que sus cordones montañosos se observan casi en su totalidad nevados.

A lo anterior se une la belleza de los recursos hidrológicos de la zona, conformados por el río Maipo y sus afluentes, río Volcán, río Yeso y río Colorado, y los esteros San Gabriel, Manzanito, Coyanco, El Sauce, San José, El Manzano.

Principales alturas de San José de Maipo (cerros) Altitud m.s.n.m.

Marmolejo	6.100
Trono	5.550
Castillo	5.485
Cortaderas	5.220
Morado	5.060
San Francisco	4.940
Manutara	4.545
Panamericano	4.400
Mirador	4.320
Echaurren	4.230
Del Diablo	4.210
Unión	4.200
Amarillo	4.180
Retumbadero alto	4.150
Alto de los Bronces	4.095
Piuquencillo	4.050
Peladeros	3.910
Retumbadero	3.850
San Lorenzo	3.720

Características Hídricas:

El Cajón del Maipo corresponde a la *alta cuenca del Río Maipo*. Este río en su alta cuenca tiene una hoya hidrográfica de casi 5.000 km². El río nace en unos bofedales en las faldas del Volcán Maipo (hacia el sur) y tiene los siguientes tributarios principales (de sur a norte):

- **Río Volcán:** este nace en las faldas del Volcán San José. Se une al Maipo cerca de San Gabriel.
- **Río Yeso:** su nacimiento está cerca del paso Piuquenes hacia la Argentina. El Yeso ha sido importante para abastecer de agua potable a Santiago desde comienzos del Siglo XX. Sobre él están las *Lagunas Negra y Lo Encañado*, además del *Embalse El Yeso* que se construyó entre 1950 y 1960.
- **Río Colorado:** este nace en las faldas del Volcán Tupungato. Es un río barroso y de gran caudal. Su importancia mayor es por la generación eléctrica. Sobre el Colorado está la Central Maitenes (inaugurada en 1922) y la Central Alfalfal (1989). Esta última es la principal central hidroeléctrica de la cuenca del Maipo con una potencia de más de 180 MW.

- **Río Olivares:** es el principal afluente del Colorado. Nace en una gran falla geológica que corre de norte a sur por más de 40 kilómetros. Se alimenta de los deshielos del cerro El Plomo y otros grandes glaciares que nutren su cuenca.

Además de estos ríos principales, existen numerosos ríos, esteros y arroyos que hacen la alta cuenca del Maipo un lugar de una riqueza hidrológica enorme. Los glaciares y nieves que la nutren, hacen que esta cuenca sea la principal reserva de agua de la Región Metropolitana y una de las principales reservas de agua de la zona central del país.

Administración

San José de Maipo pertenece al Distrito Electoral número 29, al que pertenecen también las comunas de La Pintana, Pique y Puente Alto. Pertenece a la 8ª Circunscripción Senatorial (Santiago Oriente). Es representada en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional por los diputados Osvaldo Andrade Lara y Leopoldo Pérez Lahsen y en el Senado por los senadores Manuel José Ossandón Irrarrázaval y Carlos Montes Cisternas.

La Ilustre Municipalidad de San José de Maipo está dirigida por el alcalde Luis Pezoa Álvarez (RN), el cual es asesorado por los concejales: Eduardo Astorga Flores, Maite Birke Abaroa, Carmen Larenas Whipple, Marco Quintanilla Pizarro, Andy Ortiz Apablaza y Andrés Venegas Véliz.

Características de la población

Indicadores Demográficos

Población

Proyecciones de población a nivel comunal.

De acuerdo con las Proyecciones de población del INE, se puede establecer que entre el año 1990 y 2020, las estadísticas muestran un aumento sostenido y leve de la población comunal, esperándose que al año 2020 el total de población sea de 14.14

De acuerdo con las Proyecciones de población del INE, se puede establecer que entre el año 1990 y 2020, las estadísticas muestran un aumento sostenido y leve de la población comunal, esperándose que al año 2020 el total de población sea de 14.144, en tanto, la tabla nº 14 muestra también que los grupos entre 0 y 54 años tienden a disminuir aumentando de este modo la población mayor o envejecida.

Tabla n° 14: POBLACIÓN ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1990-2020

SAN JOSE DE MAIPO	POBLACIÓN ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR SEXO; SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1990-2020						
	Año						
GRUPO DE EDAD	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
TOTAL	11.481	12.567	13.563	14.124	14.441	14.453	14.144
0- 4	1.323	1.259	1.040	967	936	879	789
5-9	1.107	1.262	1.297	1.005	917	873	806
10-14	1.049	1.168	1.278	1.306	1.000	900	844
15-19	1.024	1.014	1.286	1.292	1.310	994	882
20-24	961	1.005	1.037	1.289	1.273	1.272	954
25-29	1.112	1.071	1.020	1.039	1.271	1.229	1.210
30-34	947	1.090	1.072	1.030	1.028	1.228	1.157
35-39	803	1.000	1.139	1.068	1.017	994	1.159
40-44	684	792	970	1.129	1.050	992	952
45-49	547	663	809	939	1.082	996	937
50-54	436	542	629	784	904	1.034	948
55-59	406	443	553	623	769	878	1.000
60-64	355	392	425	505	565	693	789
65-69	279	337	376	378	450	501	606
70-74	199	224	267	323	326	389	427
75-79	132	152	170	218	264	264	315
80+	117	153	195	229	279	337	369

Fuente: Elaboración Propia según PROGRAMA DE PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN del INE

Por otra parte, la tabla n° 15 muestra que la población comunal presentará un aumento sostenido de la población masculina respecto de las mujeres. Lo que explicaría de algún modo el decrecimiento de la población de la comuna

	PROYECCIONES DE POBLACIÓN POR SEXO HOMBRE- MUJER						
	Año						
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
MUJERES	5650	6095	6508	6704	6795	6746	6551
HOMBRES	5831	6472	7055	7420	7646	7707	7593

DE EDAD. 1990-2020.

Geografía.

La comuna de San José de Maipo se única en la Zona Sur Oriente de la Región Metropolitana. El centro de San José de Maipo, con espacios comerciales municipios corporación municipal, escuelas, Liceos etc. se encuentra a 52 Kilómetros de Santiago, cabe señalar que San José de

Territorio	Año 2002	Año 2015	Variación (%)
Comuna de San José de Maipo	13.376	15.003	12,16
Región Metropolitana de Santiago	6.061.185	7.314.176	20,67
País	15.116.435	18.006.407	19,12

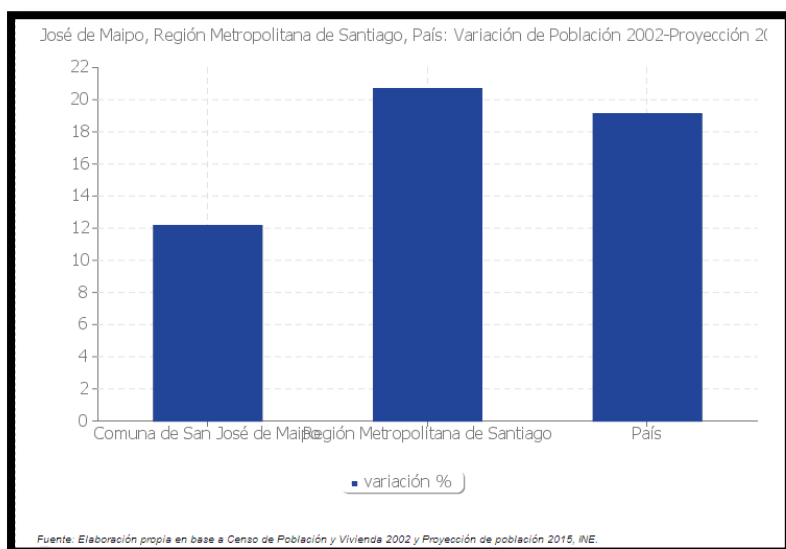
Tabla N° 1 Variación de la Población a nivel País, Región Metropolitana,

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

Comuna de San José de Maipo.

La tabla N°1 da cuenta de la variación de la población a nivel país, región y comuna, pudiendo observarse una variación de 12.16% entre los años 2002 y 2015. Considerando que la medición es de 13 años, el aumento habría sido sostenido. Población total año 2002 y proyección de población año 2015

Gráfico N° 1 Variación de población



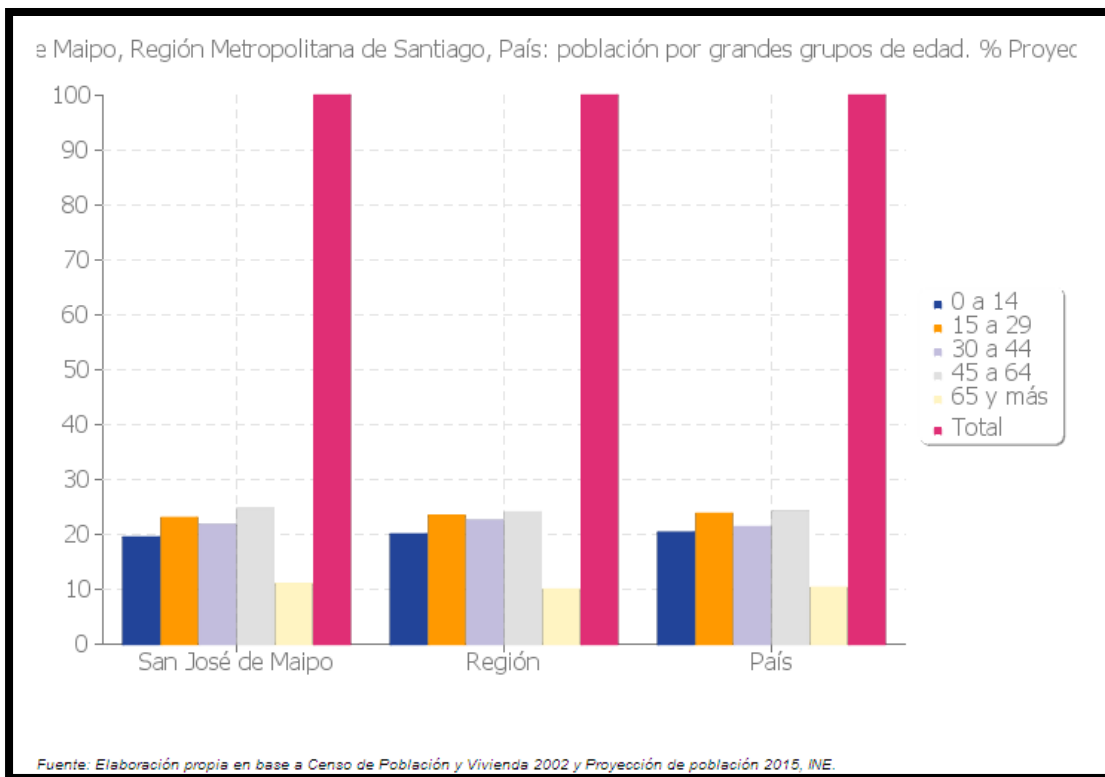
De acuerdo al Gráfico se observa que la Región Metropolitana de Santiago habría logrado un mayor crecimiento Inclusive lo ocurrido a nivel país, por otra parte la comuna de San José de Maipo crecería, un 12%.

Tabla N° 2: Población por grupos de edad 2002 y 2015

Edad	2002	2015	% según Territorio 2015		
			Comuna	Región	País
0 a 14	3.291	2.923	19,48	20,04	20,36
15 a 29	3.287	3.455	23,03	23,42	23,79
30 a 44	3.333	3.262	21,74	22,53	21,36
45 a 64	2.334	3.713	24,75	24,03	24,17
65 y más	1.131	1.650	11	9,98	10,32
Total	13.376	15.003	100	100	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2002 y Proyección de población 2015, INE.

La edad promedio de la población está condicionada a la mortalidad, natalidad, procesos migratorios y diferentes cambios culturales permeados por los determinantes sociales, es así como se observa en la tabla N° 2 que la población infantil y adolescente representa solo un 19,48% en la comuna y un 20,04% en la Región Metropolitana coherentemente con el 20, 36% a nivel país. La población adulta y adulto mayor aumenta.



Indicadores Sociales

Territorio	% de Personas en Situación de Pobreza por Ingresos	
	2011	2013
Comuna de San José De Maipo	13,29	10,57
Región Metropolitana de Santiago	15,70	9,20
País	22,20	14,40

Tabla N° 3 Índice de Pobreza por ingresos 2011-2013

La Tabla N°3 expresa que en Chile en el año 2011 existía una población total de 22,20% de personas en situación de pobreza por ingresos cifra que habría disminuido en 2013, cayendo en 7,8%. Por otra parte el dato local referido a la comuna de San José de Maipo da cuenta de una disminución del 2,72% entre los años 2011-2013

Tabla Nº 4: Vivienda y Hacinamiento 2013

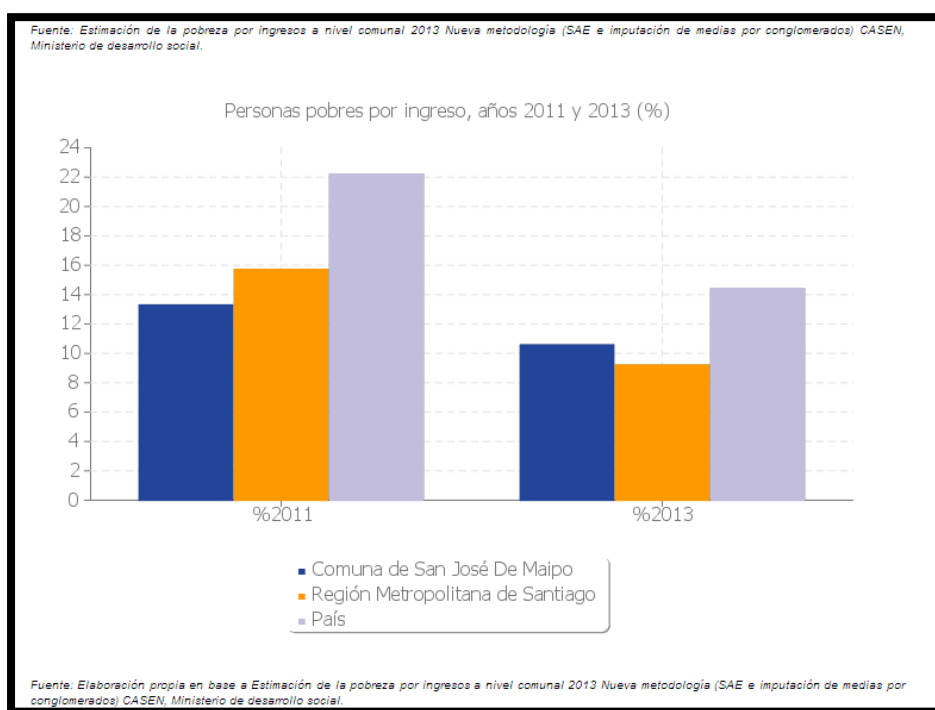
Vivienda	Nivel País	Región Metropolitana	Comuna de San José de Maipo
Porcentaje de hogares con hacinamiento medio.	19,9	21,5	18,9
Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico	2,3	2,7	2,7
Porcentaje de hogares con saneamiento deficitario	17,0	10,9	10,9

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ficha de Protección Social, Julio 2013

MIDESO

Según la Tabla Nº 4 se destaca un alto porcentaje de Hogares con hacinamiento medio (18,9%) en la comuna de San José de Maipo, y un 21,5% en la Región Metropolitana, a nivel país un 19,9%. En San José de Maipo el Hacinamiento crítico sería de un 2,7% mismo valor de la Región Metropolitana, y por último el saneamiento deficitario sería de un 10,9%, tanto en la Región Metropolitana como en San José de Maipo, ambos valores por debajo del porcentaje de la situación país.

Índice de Pobreza por ingresos 2011-2013



SALUD

Tabla N°5: Establecimientos de Salud

Número de Establecimientos	Comuna	Región	País
Centro de Diagnóstico y Terapéutico	0	2	10
Centro de Diálisis	0	0	35
Centro de Referencia de salud	0	5	9
Centro de Salud	0	128	382
Clínica	0	86	172
Consultorio General rural	0	19	117
Consultorio General urbano	0	151	465
Dirección Servicio de salud	0	6	29
Establecimiento Alta Complejidad	0	26	64
Establecimiento Baja Complejidad	0	2	103
Establecimiento Mediana Complejidad	1	7	28
Hospital (No perteneciente al SNSS)	0	10	30
Laboratorio Clínico o dental	0	20	228
Oficina Sanitaria	0	0	3
Posta de Salud Rural	3	51	1.177
Puesto de Atención Médica Especializada	0	0	3
Vacunatorio	0	4	29
Total	4	517	2.884

Según la tabla N° 5 los establecimientos de salud existentes a nivel comunal son tres Postas de Salud Rural y un Hospital de mediana complejidad, el hospital mencionado tiene adosado un COSAM y Atención Primaria de Salud.

Tabla N° 6: POBLACIÓN SEGÚN TRAMO FONASA.

Población según Tramo	Comuna		Región		País	
	N°	%	N°	%	N°	%
Grupo A	2.026	19,73	1.066.185	21,50	3.099.413	23,45
Grupo B	3.846	37,46	1.705.227	34,39	4.784.920	36,20
Grupo C	1.648	16,05	904.154	18,24	2.283.555	17,28
Grupo D	2.747	26,76	1.282.450	25,87	3.049.016	23,07
Total	10.267	100	4.958.016	100	13.216.904	100

Según la tabla N° 6 la mayor cantidad de personas a nivel país se encuentra ubicada en el grupo B, con un 36,20%, mientras que a nivel regional el mayor porcentaje se encuentra en el grupo B con un 34,9% y en la comuna de San José de Maipo el grupo predominante con un 37,46% también pertenece al grupo B; sin embargo a nivel local solo un 16,05% equivale al grupo C. El 19,73% al grupo A y un 26.76% al grupo D.

Educación

Tabla Nº 7 Estudiantes Matriculados según nivel de educación 2012-2014.

Mat. según Nivel de Educ.	Comuna		Región	
	2012	2014	2012	2014
Educación parvularia	355	327	351.589	378.052
enseñanza básica niños	1.577	1.503	1.962.255	1.939.926
educación de adultos	0	0	19.666	17.491
educación especial	27	44	159.517	176.818
enseñanza media niños	715	673	938.936	909.674
enseñanza media adultos	72	83	119.304	119.358
Total	2.746	2.630	3.551.267	3.541.319

Fuente: Base de establecimientos educacionales, MINEDUC

Según la Tabla Nº 7 la matrícula según los niveles de educación a nivel regional desde el año 2012 al 2014 disminuyó en 9948 y a nivel comunal disminuyó en 116.

Tabla Nº 8: Establecimientos educacionales por dependencia 2012-2014

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Corporación Municipal	10	9	445	434	1.131	1.106
Municipal DAEM	0	0	290	288	4.383	4.225
Particular Subvencionado	5	4	1.991	2.046	5.965	6.065
Particular Pagado	1	1	304	288	625	595
Corporación de Administración Delegada	0	0	33	33	70	70
Total	16	14	3.063	3.089	12.174	12.061

Fuente: Base de establecimientos educacionales, MINEDUC

Según lo expuesto en la tabla Nº 8 es posible mencionar que de un total a nivel país de 12061 establecimientos prima la presencia de establecimientos dependientes de la CMSJM (10 en 2012 y 9 en 2014), por ende la Educación Pública sería la principal fuente socioeducativa para los habitantes de la comuna, luego con 5 establecimientos la educación particular subvencionada y un establecimiento particular pagado.

4. Red de Salud Comunal.

Nuestra comuna posee una Red Asistencial en salud acotada, compuesta por Atención Primaria, nivel en el cual se encuentran las tres Postas de Salud Rural administradas por la Corporación Municipal de Educación y Salud de San José de Maipo y técnicamente orientadas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, además la red comunal incorpora atención primaria dentro del Complejo Hospitalario de San José de Maipo. Existe también un COSAM.

Fuera de la comuna nuestra principal red de acción está constituida por el Complejo Asistencia Dr. Sótero del Río y también por el Hospital Barros Luco Trudeau (Urgencia de Psiquiatría). Además existen convenios con organismos privados como es el caso de **Policenter** y el **centro Imágenes por Diagnóstico**, para favorecer la resolutivez.

Los objetivos de la Red de Salud Comunal de San José de Maipo son los siguientes:

- Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutivez y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud agenciando desde la APS la facilitación de los espacios y el ejercicio de los mecanismos de participación. En este punto será central el trabajo de redes socio comunitarias y mixtas (institucionales y comunitarias).
- Entregar una atención de calidad, con el uso de la tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población.

Finalmente la Red de Salud supone el orden y la articulación necesaria para que cada dispositivo sanitario aporte en la prevención y promoción, tratamiento y acogida asistencial a las personas, sus familias y comunidades. En las Postas de Salud Rural dependientes de la Corporación municipal de Educación y Salud de San José de Maipo, tenemos la fuerte convicción de que el trabajo en red es la mejor manera de actuar eficaz y eficientemente, sin embargo es necesario establecer vínculos de confianza entre dispositivos para que los objetivos antes expresado se cumplan cabalmente.

Características de las Postas de Salud Rural CMSJM.

Posta Rural Las Vertientes: Esta Posta se encuentra ubicada en Parque Municipal 2786, las Vertientes , cuenta con 1862 inscritos, estando compuesta su mayor población por adultos y adultos mayores. Se caracteriza por estar ubicada en un espacio urbano-rural cercano a la Comuna de Puente Alto, dicha Posta funciona de Lunes a Jueves de 08:00 – 17:00 más extensión horaria y viernes de 08:00- 16:00 más extensión horaria; en ella se encuentra la sala de rehabilitación y la sala de estimulación proyecto aún en construcción.

Posta Rural San Gabriel: Esta se encuentra ubicada en Camino los Rodados 41687, San Gabriel, cuenta con 280 inscritos, estando compuesta su mayor población por adultos Mayores y mujeres adultas, cabe señalar que en el año 2016 se trabajó para que a partir del año 2017 la Posta de San Gabriel se caracterice por trabajar con un enfoque medioambiental autosustentable y comunitario dentro del enfoque de salud familiar .PSR San Gabriel es reconocida por estar ubicado en un espacio rural de alta montaña y su horario de funcionamiento es de Lunes a Jueves de 08:00- 17:00, viernes de 08:00- 16:00 y los días sábados con extensión donde el horario de atención es de 08:30- 14:00.

Posta Rural El Volcán: Esta se encuentra ubicada en pueblito el Volcán S/Nº. Cuenta con 270 inscritos, compuesta su mayor población por adultos y existe un alto índice de población flotante. Se caracteriza por estar ubicada a gran altura y ser el dispositivo más distante del centro de la comuna. Su horario de funcionamiento es de lunes a jueves de 08:00- 17:00, viernes de 08:00- 16:00y no posee extensión horaria.

Sistema de Rondas

Sistema de Rondas	
Posta de Salud Rural San Gabriel	Posta de Salud Rural el Volcán
Todos los jueves: Médico-Matrona- Psicóloga- Odontóloga Todos los miércoles desde las 14:00: Médico. 2y 4 martes : Matrona Todos los Martes :Odontólogo 2y 4 martes : Ed. Párvulo 2 y 4 jueves : Trabajadora Social	1-2-3 Martes Médico 1 Martes Nutricionista y Matrona- TENS volante. 3 Martes Trabajadora Social- Psicóloga-Enfermera- Matrona- TENS volante- 1-3 Martes : Ed. Párvulo

En una comuna tan extensa y con tal dispersión geográfica es fundamental contar con vehículos para traslado de usuarios y urgencias, es por esto que Se destaca que además de las ambulancias que tiene el Complejo Hospitalario de San José de Maipo, el Área de Salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo que ya contaba con una ambulancia, incorporó en 2016, gracias a la gestión realizada por un proyecto presentado a Gas Andes, la Corporación Municipal cuentan con dos ambulancias full equipo.

Diagnóstico Participativo en Salud

La comuna de San José de Maipo, asume la completa convicción, de que la construcción y co/responsabilidad entre todos los actores sociales, se tiene que hacer a través de elementos participativos. Se han implementado Diagnósticos Participativos, los cuales tienen como objetivo, integrar a las personas para el trabajo colaborativo de las gestiones 2015-2016, que involucrase el diálogo como instancia permanente en nuestro quehacer.

Desde esta lógica, los resultados obtenidos han sido la base para una gestión integrada tanto en sus líneas de acción como de sus procesos organizacionales, y desde éstos se han realizado mejoras en varios aspectos incorporando a los Consejos de Usuarios como estrategia para la participación ciudadana.

Esta estrategia participativa, constituye una oportunidad para que las organizaciones tanto formales como informales busquen la participación amplia y activa de sus miembros y, en lo posible, de toda la comunidad, desde la definición de problemas hasta la formulación de conclusiones.

Es importante que la comunidad no se limite a actuar solo como “fuente de información” sino que, por el contrario, conozca y participe en la formulación de los objetivos, métodos y en los resultados de la realidad que diagnostica”¹.

Por lo tanto, el Diagnóstico Participativo, más que un instrumento, es un proceso de reflexión sobre nuestro entorno que intenta aproximarnos a una situación específica para que comprendamos las dinámicas que en ella se

desarrolla y las personas involucradas, generar una transformaciones que vayan en beneficio de la propia comunidad.

El último Diagnóstico Participativo realizado en la Comuna es del año 2014 y tiene una vigencia de 2 años. Para el año 2016, se ha planificado realizar un nuevo diagnóstico participativo que se realizará a finales del mes de Noviembre el cual tendrá como objetivo “Identificar las necesidades y problemas en salud de la comunidad de San José de Maipo, a través de instancias participativas, permitiendo establecer soluciones a las problemáticas de salud desde la misma comunidad y las redes”.

¹Elaboración de Diagnósticos Participativos Subsecretaría general de gobierno, serie: participación ciudadana para una democracia mejor

Las metodologías que se llevarán a cabo serán la modalidad de encuesta y encuentros locales con las distintas organizaciones, además de una jornada de cierre, con el objetivo de poder abarcar un mayor número de participantes y recoger así, las opiniones de la comunidad en temas relacionados con la salud.

Principales problemas detectados en los diagnósticos participativos (2014).

Se realizó un análisis FODA donde se visibilizaron fortalezas (factores críticos positivos con los que se cuenta), Oportunidades, (aspectos positivos que podemos aprovechar utilizando nuestras fortalezas), Debilidades, (factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir) y Amenazas, (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de nuestros objetivos de posta de salud rural).

- Fortalezas: Pro actividad en la gestión, trabajo en redes, vocación de Servicio, Calidad de la atención (buen trato), profesionalismo, eficacia y eficiencia, trabajo multidisciplinario e integral con cada usuario, cercanía a la comunidad.
- Oportunidades: apertura a la comunicación intersectorial, Diagnóstico Participativo, Talleres, horas Prioritarias población Vulnerables, Talleres educativos, aplicación del modelo de salud familiar, Organización de la comunidad.
- Debilidades: escaso desarrollo de la participación social, Poca comunicación e información en relación a los programas y beneficios.
- Amenazas: equipo de salud refiere temor a la comunidad, a la poca participación de ésta en las actividades generadas desde las Postas, Presencia en la comunidad de aumento de violencia y consumo de drogas / alcohol, por ende aumento de la delincuencia.

<u>Principales problemas detectados en los diagnósticos participativos.</u>					
Trato al usuario	Problemas de infraestructura	Falta de horas médicas	Falta de profesionales	Aumentar rondas médicas a Postas	Falta de participación social
Consumo de alcohol y drogas	Falta de información respecto a beneficios y programas	Sistema de agendamiento	Aumento de enfermedades crónicas en adultos mayores	Falta trabajo en red	Dependientes severos

Los usuarios y las usuarias que participaron activamente en los grupos de trabajo, solicitaron mejoras en infraestructura (más y mejores servicios higiénicos) y oferta de talleres de educación en salud para la comunidad; así como mayor difusión de

las actividades que se realizan en las PSR. Entrega de material gráfico sobre los beneficios que existen, y potenciar el trabajo con la red, aumentar horas médicas y de profesionales, mejorar el sistema de agendamiento, generar instancias participativas donde se fomente la promoción y prevención en materia de salud.

Síntesis para el mejoramiento.

Para mejorar los requerimientos de los usuarios y usuarias de las Postas de salud Rural, se integraron al equipo de salud nuevos profesionales como Químico farmacéutico, Kinesiólogo y un médico contralor además de una profesional médica con 22 horas para trabajar en San Gabriel y El Volcán. Se aumentó una ronda a Volcán, se generaron mejoras en la estrategia de entrega de horas a los pacientes, se potencio el trabajo con la comunidad para fomentar la participación de estos visibilizando así a nuestras Postas de Salud Rural como centros de Salud más amigables y cercanos a la comunidad.

5. EVALUACIÓN

5.1 Diagnóstico Epidemiológico

Natalidad.

La natalidad corresponde a una de las principales tasas pertenecientes a las estadísticas vitales y junto con la Mortalidad, juega un rol importante en el análisis de la Transición demográfica que actualmente Chile, sus regiones y comunas están presentando.

En el año 2010 la tasa de natalidad de la comuna de San José de Maipo fue de 13,7niños(as) por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general del quinquenio 2005-2010 (ajustada a la población del año 2003) es de 4,9 personas por cada 1.000 habitantes, y la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) llega a los 8,1 niños y niñas por cada 1.000 nacidos vivos.

Tabla N° 1 tasa de Natalidad Año 2012

Territorio	Tasa de Natalidad
San José de Maipo	12,53
Región Metropolitana	14,21
País	14,01

Fuente: Departamento de Estadísticas e información de salud, MINSAL.

La tabla N° 01 nos indica que San José de Maipo se encuentra bajo el 1,68 del promedio de natalidad a nivel país. En el año 2010 la tasa de natalidad alcanzaba los 13, 7 niños(as) nacidos por cada 1.000 habitantes y al año 2012 la tasa disminuyó un 1,17.

Tabla N° 2 Porcentaje De Nacidos Vivos Con Atención Profesional Del Parto En Chile, Región Metropolitana, Comuna San José de Maipo. Año 2012

Lugar	Nacidos vivos Corregidos	Nacidos Vivos con atención Profesional del Parto	Porcentaje
País	243.858	243.231	99,7%
Región Metropolitana	99.585	99.387	99,8%
San José de Maipo	181	180	99,44%

(Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2012, DEIS)

La tabla N° dos nos presenta que la comuna de San José de Maipo esta con un 99, 44% de atención de profesionales en parto de niños y niñas nacidos, se encuentra, el porcentaje a nivel país.

Mortalidad

En Chile, la Mortalidad se obtiene a partir de las Estadísticas Vitales que presenta, entre otras, las cifras de defunciones ocurridas en el país. Permiten conocer anualmente la frecuencia, localización territorial y algunas características de las defunciones.

El conocer las características de la mortalidad a nivel país, regional y comunal nos permite identificar los factores asociados a esta, y así detectar, monitorear la situación de la población de San José de Maipo, y con esto poder generar estrategias preventivas que generen impacto en los programas de salud, para así prevenir problemas de salud que afecten el aumento de la mortalidad a nivel país, regional y comunal.

Mortalidad General

La mortalidad general nos indica el número de defunciones (por todas las causas) ocurridas en un lugar y en un tiempo determinado por cada 1000 habitantes.

El índice de Swaroop expresa el porcentaje de muertes en individuos mayores de 60 años y posee una relación directa con el nivel de salud de un lugar.

Tabla N° 3 Mortalidad General Según sexo, por Región y comuna de Residencia

Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014											
Región y comuna	Mortalidad General*								ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total		Hombre		Mujer		Indeterminado	Total	Hombre	Mujer	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*					
Total País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3	17	77,9%	72,7%	83,7%	
San José de Maipo	90	6,0	64	8,2	26	3,7	0	68,9%	60,9%	88,5%	

año 2014

La tabla N° 3 nos muestra que según defunciones a nivel país estamos 11,96

bajo la tasa a nivel país, en la tabla se observa las defunciones de hombres y mujeres están bajo el nivel país, pero según índice de Swaroop solo hombres están bajo el nivel nacional con un 11,8 menor, en cambio la tasa de defunciones de mujeres están sobre 4,8.

Mortalidad Infantil

La Mortalidad Infantil nos indica la cantidad de niños menores de 1 año fallecidos sobre el total de nacidos vivos corregidos de un periodo

Tabla N° 4 Mortalidad Infantil, por residencia de la Madre, año 2012

Lugar	Nacidos vivos Corregidos	Nacidos Vivos con atención Profesional del Parto	Porcentaje
País	243.858	243.231	99,7%
Región Metropolitana	99.585	99.387	99,8%
San José de Maipo	181	180	99,44%

Fuente: Departamento de Estadísticas e información de salud, MINSAL

La tabla número 4 expresa que la mortalidad infantil a nivel país corresponde a un 7.40, mientras que en la RM equivale a 7. En la comuna la cantidad de muertes infantiles está registrada con cero considerando el año 2012.

Mortalidad adolescente

Esta Tasa indica la cantidad de defunciones ocurridas en los grupos de edad de 10-19 años por cada 100.000 habitantes.

Tabla Nº 5 Mortalidad adolescente hombres mujeres entre 10-19 años, 2012

La Tabla Nº 5 nos indica que en San José en el año 2014 no se registro ninguna defunción de adolescentes

Región y comuna	10 a 14 años						15 a 19 años						
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres		
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	
San Jose De Maipo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2014, DEIS

Mortalidad Adultos

Esta tasa indica la cantidad de defunciones en edad de 20-64 años por cada 1.000 habitantes.

Región y comuna	20 a 44 años						45 a 64 años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
San José de	11	19,9	11	37,7	0	0,0	21	57,5	16	87,6	5	27,4

Tabla Nº 6 Mortalidad Adulto, Mujeres y hombres entre 20-64 años, 2014

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2014, DEIS

La Tabla Nº 6 nos indica que existe mayor tasa de muertes en adultos en hombres que mujeres entre las edades de 20 y 44 años y entre 45 y 64 años estamos bajo 22.7 defunciones a nivel regional

Mortalidad Adulto Mayor

Esta tasa indica la cantidad de defunciones en edad de 65 años y más por cada 1.000 habitantes.

Tabla N° 7 Mortalidad de los adultos mayores según grupos de edad y sexo, por Región y Comuna de residencia. Chile, 2014.

Región y comuna	65 a 79 años						80 y más años					
	Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total país	32.135	22,6	18.416	28,7	13.719	17,6	40.352	109,2	16.584	128,6	23.768	98,8
Metropolitana de Santiago	11.778	21,2	6.566	27,0	5.212	16,6	15.923	109,7	6.045	131,8	9.878	99,5
San José de Maipo	31	24,6	20	29,4	11	19,0	25	74,6	16	126,0	9	43,3

Fuente: Anuario de estadísticas Vitales 2014, DEIS

La Tabla N° 7 da cuenta de que en el país el mayor porcentaje de muertes de adultos mayores se encuentra entre el grupo de hombres de 65 y 79 años, mientras que en el caso de las mujeres es el grupo entre 80 y más años de edad,

5.2 Salud Familiar y cumplimiento de herramienta MAIS para una mejor implementación

El Modelo de Salud Familiar supone desde su planteamiento, un nuevo paradigma para la salud, afectando directamente a usuarios, usuarias, sus comunidades y desde luego a los equipos de salud, puesto que ambas partes son necesarias para el desarrollo del Modelo de Salud Familiar. Por una parte las personas (usuarias) son, bajo esta mirada, hacedores de su bienestar – o malestar – y se reconocen como los principales actores involucrados en el cuidado de su salud. Se señala también que a mayor educación en derechos y deberes habrá un mejor entendimiento no solo del propio autocuidado, sino también, del cuidado de la comunidad en que las personas interactúan, conviven y crean cultura cotidianamente.

Por otra parte, el Modelo exige a los equipos de salud abandonar la lógica en donde el profesional / técnico tiene la razón absoluta y la determinación sobre un tratamiento u otro solo le compete a él. Se vuelve necesario reconocer en el usuario a un aliado y viceversa, pues el usuario - lejos del sistema pasivo del denominado “paciente” debe tener un vínculo de confianza y co responsabilidad con el equipo tratante. Los equipos se convierten en FACILITADORES de los procesos integrales de mejora y la comunidad usuaria en principales agentes de cambio. Ya no basta con el trabajo curativo en el box, es necesario salir a la calle, conocer redes e involucrarlas. Lo fundamental es que este modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, comprende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, ocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. El Plan de Mejora Continua creado por la Dirección de Salud de SJM en el año 2014, establecía como requisito el trabajo sistemático dado por una herramienta de medición (medición externa, por ejemplo del Servicio correspondiente) para garantizar la adecuada implementación y desarrollo del modelo; por tanto al conocer la herramienta MAIS (asumiendo que es una herramienta y no el Modelo en sí) se solicita iniciar proceso de aplicación de pauta. El proceso de certificación ha permitido revisar las brechas y ordenar el trabajo en función de los ejes y con una duración de dos años, permitirá a las PSR administradas por CMSJM obtener la certificación que acredita que nuestras postas operan bajo los lineamientos del Modelo de Salud Familiar.

A la fecha Posta Las Vertientes y Posta el Volcán están incluidas en el proceso; sin embargo se espera incluir a Posta San Gabriel en el nuevo proceso a la brevedad, por tanto ya en 2017 se solicitará al SSMSO conocer la factibilidad de esta incorporación con el fin de mejorar la calidad de todas las Postas por igual, disponiendo para ello los recursos y una planificación coherente y consciente con el espacio local en que se llevará a cabo.

Años 1 y 2 del proceso de certificación 2015

Posta de Salud Rural	Proceso de certificación	% total de cumplimiento
Posta de Salud Rural El Volcán	A diciembre 2015	59.36
Posta de Salud Rural El Volcán	2016	En espera de resultados

Posta de Salud Rural	Proceso de certificación	% total de cumplimiento
Posta de Salud Rural Las Vertientes	A diciembre 2015	57.83
Posta de Salud Rural Las Vertientes	2016	En espera de resultados

Proyecciones: En 2017 esperamos continuar trabajando para fortalecer el modelo, acortando y terminando con las brechas existentes, especialmente con mejoras clínicas vinculadas a los ejes: ENFOQUE FAMILIAR Y CENTRADO EN LA ATENCIÓN ABIERTA. Deseamos certificar las tres Postas de Salud en el mediano plazo.

“SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA”

Características de la Población: 0 a 9 años

Las prestaciones y actividades del Programa de Salud Infantil, están dirigidas a promover la salud en forma integral, detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pudiera presentarse. A través de los controles de salud, se espera acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo de la población infantil, en un contexto familiar y comunitario a través de actividades de fomento, protección, prevención y recuperación de la salud, que impulsen una mejor calidad de vida.

Tabla N° 1: Población Infantil Inscrita en las Postas Rurales de San José de Maipo

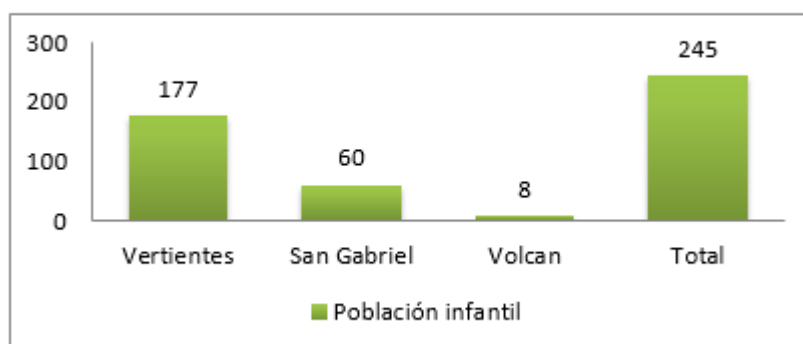
Grupo etario	2014	2015	Variación	% Variación	2016	Variación	% Variación
< 1 año	0	0	0		22	22	
1 a 4 años	50	17	-33		108	91	
5 a 9 años	161	157	-4		130	-27	
Total	211	174	-37	-17,50%	260	86	149%

Variación de la Población Inscrita.

Si analizamos la variación de población infantil inscrita entre el año 2014 y 2015, podemos ver que hubo una disminución de niños y niñas de 0 a 9 años, 17,5 % (37 niños(as)) menos que el año anterior, la tendencia se revierte en el año 2016 con un aumento de 149 %, (86 niños) más que el año 2015.

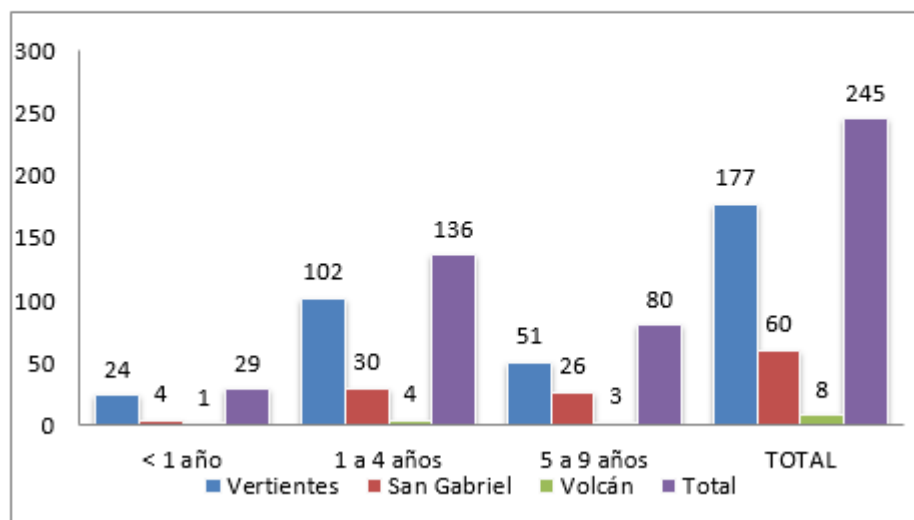
Del total de la población inscrita en las Postas Rurales de San José de Maipo, el 12,4 % corresponde a población infantil.

Gráfico N° 1 Población Infantil por Posta Junio 2016



La distribución de la población infantil en nuestras Postas es muy variada, teniendo directa relación con el número de habitantes de cada localidad, siendo el mayor porcentaje en Posta Vertientes con un 72,2 %, San Gabriel 24,5 % y Volcán 3,2 %.

Gráfico N° 2 Población Infantil Bajo Control Por Grupo Etario y Por Centro
Junio 2016



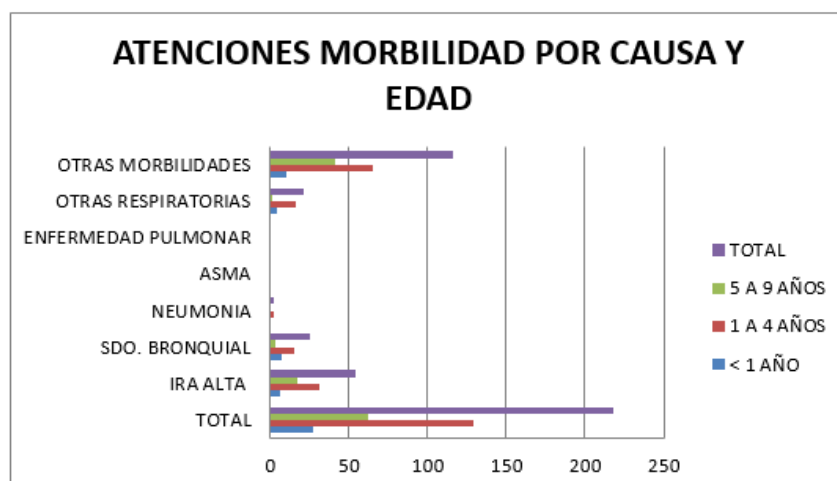
Si analizamos por grupo etario, el mayor porcentaje de los niños y niñas se encuentra entre 1 y 4 años, con un 55,5 %. Repitiéndose la tendencia en las 3 Postas.

Tabla N° 4 TASA CONSULTAS MÉDICAS

Edades	Consultas	P. inscritas	tasa
< 1 año	27	22	1,2
1 a 4 años	129	108	1,2
5 a 9 años	62	130	0,48
total	218	260	0,8

Las tasas más altas de consultas de morbilidad infantil, están en los rangos etarios: < de 1 año y 1 a 4 años. Lo que guarda directa relación con priorizar los grupos más vulnerables.

Gráfico N° 3



Desde enero a agosto de 2016 se realizaron 218 atenciones de morbilidad en menores de 10 años.

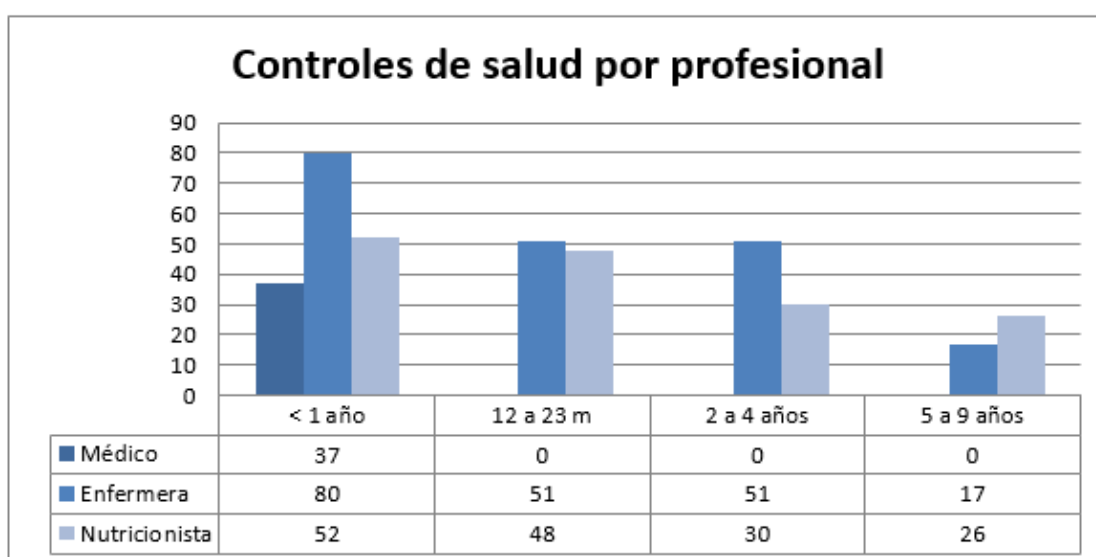
El 47 % de las consultas, están relacionadas con patología respiratoria, y de éstas el 80 % corresponde a niños menores de 5 años .

Otras morbilidades corresponde en su generalidad a patologías gastroenterológicas y derivaciones de controles de salud.

Controles de Salud

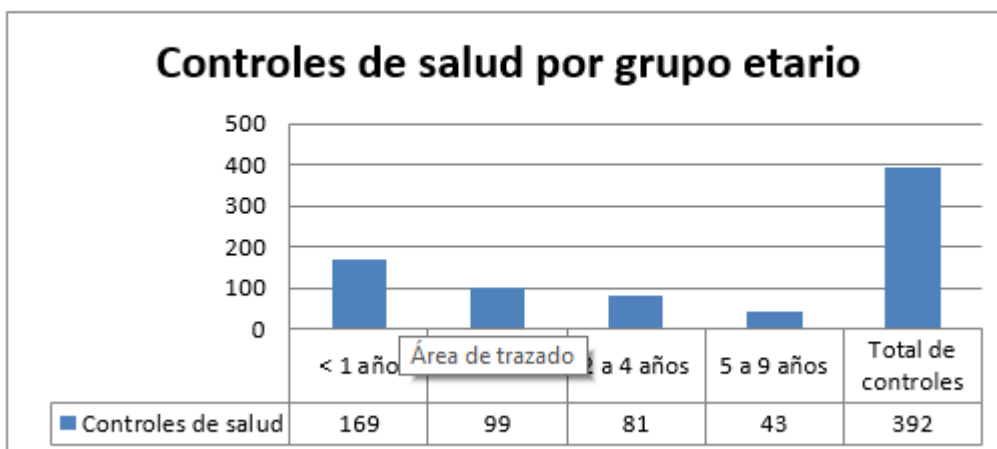
Con la finalidad de contribuir en el desarrollo integral de niños y niñas, se realizan controles de salud para promover hábitos de vida saludables, detectar en forma temprana situaciones que puedan afectar su salud y desarrollo. En cada control se revisa la historia clínica, se realiza examen físico, diagnóstico y se elabora un plan de trabajo con la familia. Estos controles serán realizados de manera alterna por el equipo compuesto por Médico, Enfermera y Nutricionista.

Grafico N°4:



Un total de 392 controles realizados de enero/agosto 2016 a niños(as) menores de 10 años. Durante el primer año de vida el Médico realiza controles de salud con la finalidad de descartar o pesquisar patologías, en estas consultas realiza evaluación neurosensorial, revisión de los resultados de Rx pelvis, entre otras actividades, siendo 9 % del total de consultas, por otra parte la Enfermera evalúa al niño(a) desde los primeros días de vida hasta los 9 años de edad, siendo en los primeros años la prioridad realizar una evaluación integral del desarrollo psicomotor y crecimiento del niño o niña , correspondiendo al 51% ,y finalmente la Nutricionista será la encargada de evaluar el estado nutricional en esta etapa del crecimiento y de brindar guías para la alimentación saludable, entre otras actividades ,estas consultas se realizaran de forma alterna con los de enfermería y a la fecha cumple un 40% del total de consultas realizadas.

Grafico N° 5: Controles por edad



El mayor porcentaje de los controles realizados es en el grupo menor de 1 año, siendo un 43%, 12 controles en el primer año de vida con los distintos profesionales, (matrona, medico, enfermera y nutricionista), de los 12 a 23 meses el 25% ya que en este periodo las consultas se realizaran de forma alterna entre nutricionista y enfermera (cada 3 meses) siendo un aproximado de 4 consultas , de los 2 a los 4 años 21% en esta etapa los controles se van aplazando en el tiempo cada 6 meses entre nutricionista, enfermera y dental y de 5 a 9 años un 11% se realizara control con enfermera a los 5 años , a los 5 años 6 meses con nutricionista y posteriormente cada año (6 años , 7 años, 8 años y 9 años) alternando cada control con Nutrición o Enfermera.

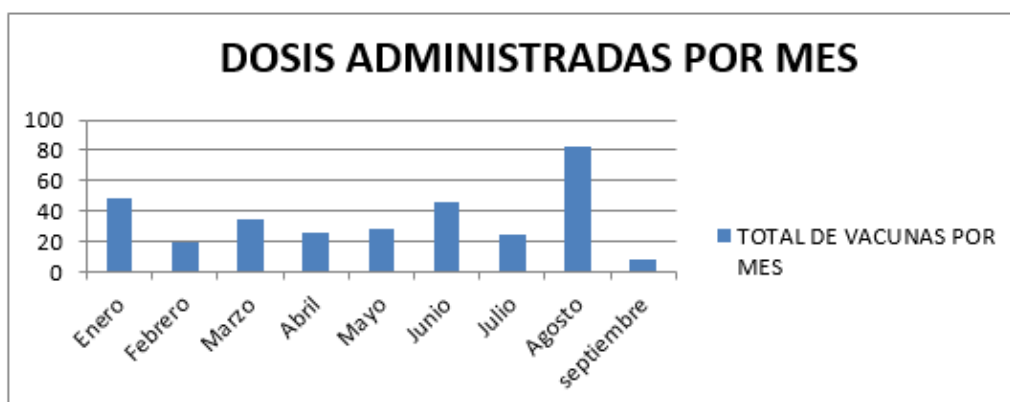
5.3 PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

En Chile, el objetivo del programa de inmunización es la erradicación de enfermedades, con la finalidad de prevenir la morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles, a lo largo de todo el ciclo vital.

Entre los cambios más relevantes se encuentra el inicio de la vacunación con vacuna polio inyectable (IPV) (El día 7 de Marzo del 2016) en los lactantes de 2 meses a nivel nacional, incorporándose al calendario de vacunación del Programa Nacional de Inmunizaciones, con la finalidad de dar cumplimiento al Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud.

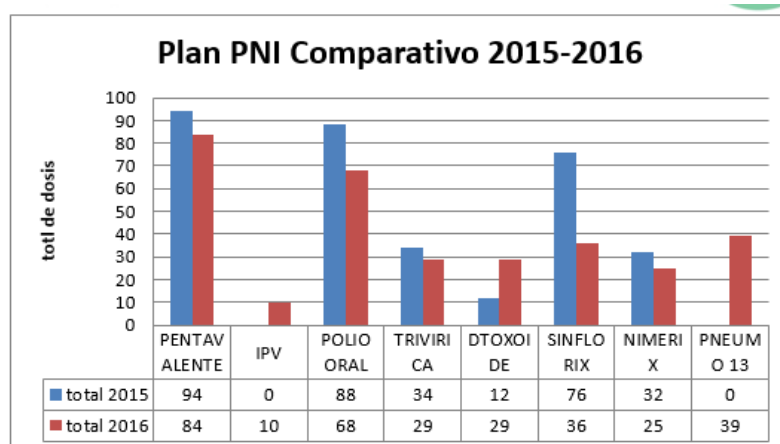
Las vacunas que son contempladas en el programa nacional de inmunizaciones (PNI) son de carácter obligatorio en niños, desde el nacimiento hasta que cursan 8vo año básico, además, incluye los grupos de riesgos contra influenza y la vacunación del adulto mayor.

Gráfico N° 6 Dosis mensual de vacunas administradas (Enero a Septiembre 2016)



Las dosis de vacunas del PNI administradas en las Postas de Salud Rural de la Corporación Municipal de San José de Maipo en el año 2016 (de enero a septiembre), fueron un total de 320 en los diferentes rangos etarios.

Gráfico N° 7 Comparativo de dosis administradas en el año 2015 y 2016.

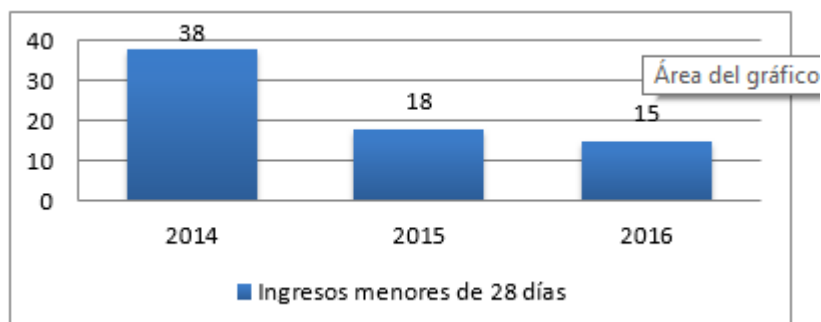


Al realizar la comparación del total de dosis del PNI administrado entre los años 2015 y 2016, en 2015 se administraron 336 vacunas de enero a septiembre y en 2016 de enero a la fecha un total de 320 dosis, existiendo entre ambos años una diferencia mínima de 16 vacunas.

5.4 INGRESOS AL PROGRAMA INFANTIL

Gráfico N° 8

INGRESOS AL PROGRAMA INFANTIL (menores de 28 días) AÑO 2014-2015-2016 (enero a agosto)



Desde enero a agosto del año 2016 han ingresado a nuestras Postas 15 niños y niñas menores de 28 días, de los cuales el 100% fueron ingresados mediante la atención en diada. Tendencia que se ha repetido en los últimos años.

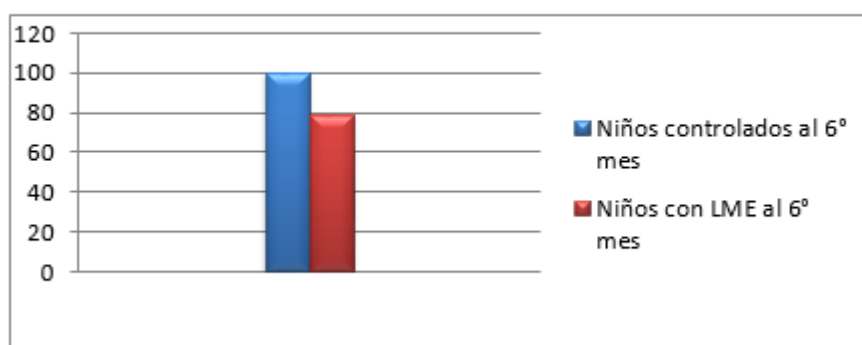
Hubo una disminución muy marcada de los ingresos de recién nacidos (menores de 28 días) en el año 2015, un 52 % menos que el año 2014. Si proyectamos la cifra de nacimientos del presente año, (enero a agosto) podríamos decir que la cifra será similar al año 2015.

5.5 Lactancia Materna Exclusiva (LME):

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándoles nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años.

Gráfico N° 9

Porcentaje de Lactancia materna Exclusiva al 6° mes



De enero a agosto del presente año, hemos logrado mantener la Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes, sobre la meta país que es de un 60 %

De 14 niños controlados al sexto mes, 11 niños (as) están con Lactancia Materna Exclusiva (78,6 %).

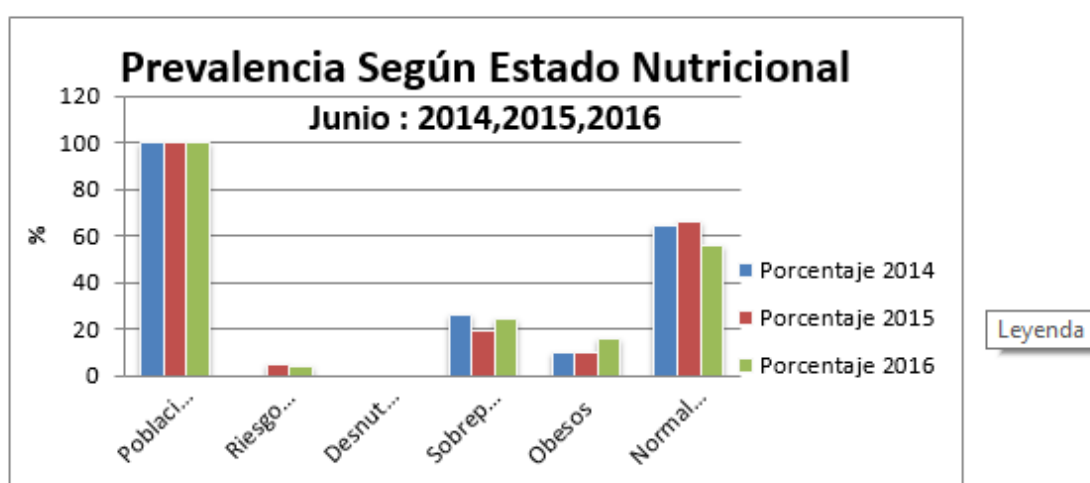
Los esfuerzos del equipo de salud, en la promoción de la lactancia materna, se ve reflejado en las cifras logradas.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

El perfil epidemiológico en nuestro país ha ido cambiando, asociado a los estilos de vida actuales. La malnutrición por exceso (obesidad o sobrepeso) es actualmente un problema de salud pública con las consecuencias biológicas, psicológicas y económicas que tiene en la población.

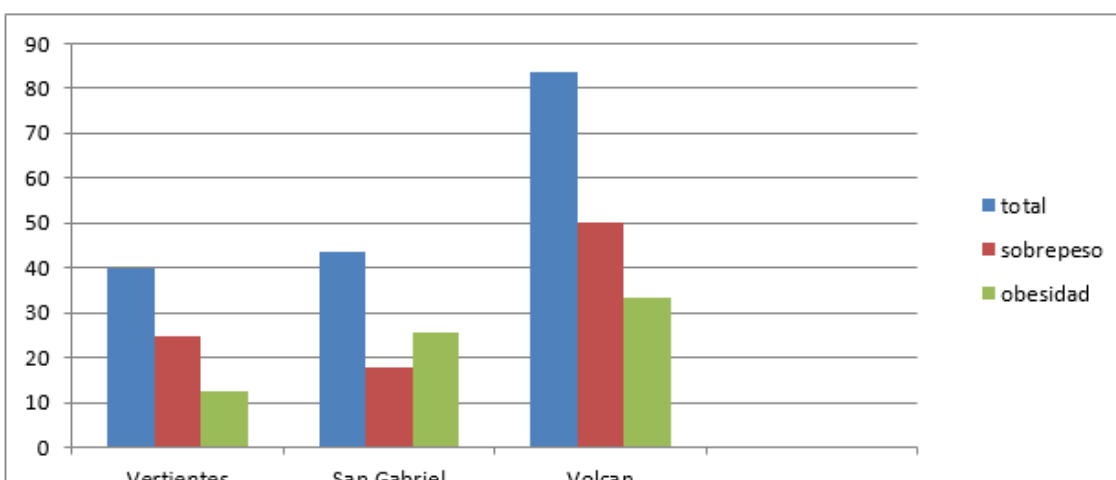
Las causas principales están focalizadas en la alta ingesta calórica y escasa actividad física.

Gráfico N° 10:



Los porcentajes de niños (as) con diagnóstico de obesidad y sobrepeso se ha mantenido en los últimos 3 años, a pesar de los esfuerzos realizados en promoción y prevención de salud, tanto en los controles como en actividades grupales y comunitarias, con un leve aumento en el año 2016.

Gráfico N° 11: Porcentaje de Mal Nutrición Por Exceso en las postas Rurales de SJM Junio 2016



La malnutrición por exceso en nuestra comuna es muy similar a lo que ocurre a nivel del país. Pero si comparamos la situación entre las tres postas la situación es diferente, se destaca que a mayor aislamiento las cifras aumentan, esto directamente relacionado al menor acceso a

alimentación variada, principalmente frutas y verduras, lo que nos deja una gran tarea, como es apoyar las gestiones que ha estado realizando el equipo de Promoción y Participación de la comuna en concretizar una Feria Libre para nuestra comuna, además de mantener y mejorar las estrategias de promoción de la salud en todos los niveles de atención.

Tabla N° 4: Evaluación y estimulación desarrollo psicomotor

La evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor de nuestros niños y niñas busca generar un ambiente social con entornos familiares y comunitarios que sea favorable y que contribuya el máximo potencial del desarrollo de los niños/as en esta etapa de la vida. La sala de estimulación temprana se encuentra a cargo de una educadora de párvulos contratada por el Programa Chile Crece Contigo y que está encargada de la estimulación y derivación de nuestra población infantil ya sea con diagnósticos Normales, Rezago y Riesgo.

Tabla Nª 5 Evaluación de Desarrollo Psicomotor por Sexo

Diagnóstico	Hombre	Mujer
	Nº	
Normal	15	20
Normal con rezago	0	2
Riesgo	6	5
Retraso	0	2
Total	21	29

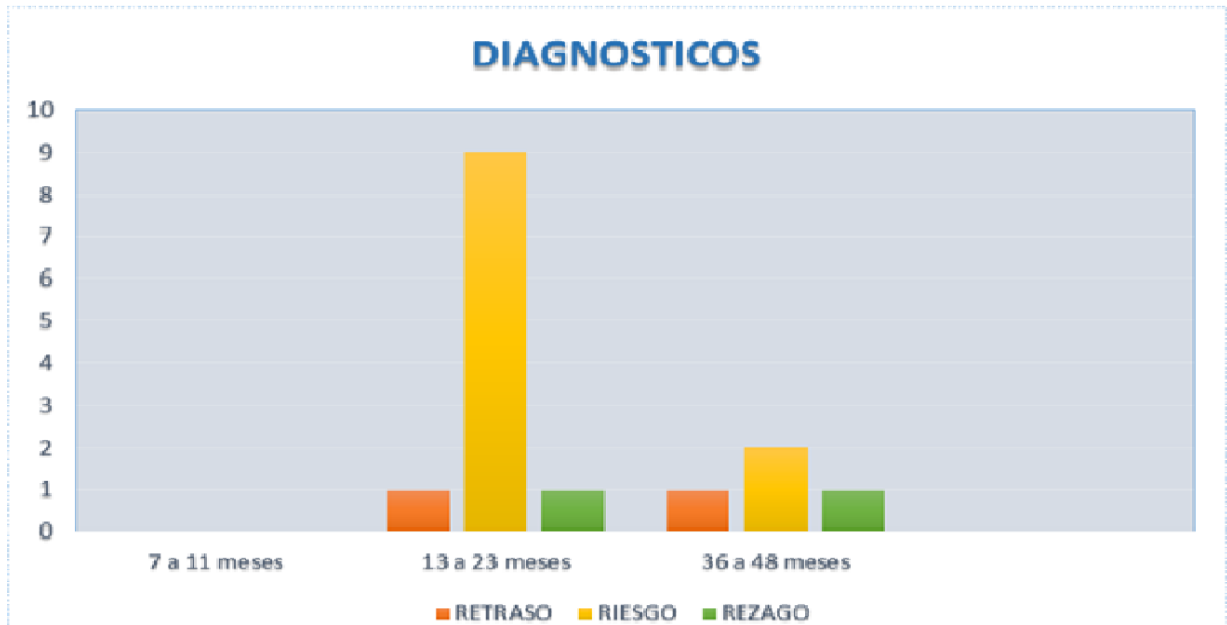
Del total de niños y niñas a los que se les aplicó la pauta de desarrollo

psicomotor (EEDP – TEPSI) de enero a septiembre 2016, el 70% fue clasificado Normal, el 4% con Rezago, el 22% con Riesgo y el 4 con % Retraso.

Los niños y niñas que fueron diagnosticados con algún grado de déficit en su desarrollo fueron derivados a sala de estimulación o algún especialista para su temprana intervención y posterior reevaluación.

Nº de niños (as) clasificados: Rezago, Riesgo, Retraso., por grupo etario según pautas de evaluación de desarrollo psicomotor.

ENERO A SEPTIEMBRE 2016



Se realizaron un total de 50 evaluaciones de desarrollo psicomotor durante el año 2016 del Mes de Enero hasta Septiembre. Del total de las evaluaciones obtuvimos 14 EEDP de 7 a 11 Meses, 21 EEDP de 12 a 23 Meses y 15 TEPSI de 36 a 48 Meses

Sesión Educativa: *Taller de Estimulación de lenguaje y gateo para niños/as menores de 1 año.*



5.6 Salud oral de niños y niñas

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes en la población y son un problema de Salud Pública debido a su alta prevalencia, su impacto en los individuos, en la sociedad, y por el alto costo de su tratamiento (Sheiham A., 2005).

La revisión por patologías demuestra que la prevalencia de la caries dental va desde 16,8% a los 2 años (MINSAL, 2007b; MINSAL, 2009) hasta casi el 100% en la población adulta (Badenier O., 2007).

Para mejorar la salud oral de la población, el ámbito de protección y limitación del daño, se ha focalizado en los periodos de erupción dentaria, tanto en dentición temporal como definitiva. A estas edades la educación en salud resulta más

efectiva. Por esta razón, se ha priorizado la atención odontológica integral de niños de 2, 4, 6 y 12 años, y de mujeres embarazadas. Además de ello se ha incorporado el Modelo de Intervención Preventivo Promocional, a través del Programa Sembrando Sonrisas en niñas y niños preescolares. Esta iniciativa ha reforzado la estrategia de instalación temprana de hábitos saludables de higiene y alimentación, además de permitir el acceso de barniz de flúor a niños de alto riesgo, como elemento inhibidor de caries (Marinho V. et al, 2003).

La promoción y prevención son ejes fundamentales para mejorar la calidad de vida de niños y niñas, es por esto que la comuna de San José de Maipo, al igual que el resto del país, suma sus esfuerzos para aumentar la población infantil libre de caries.

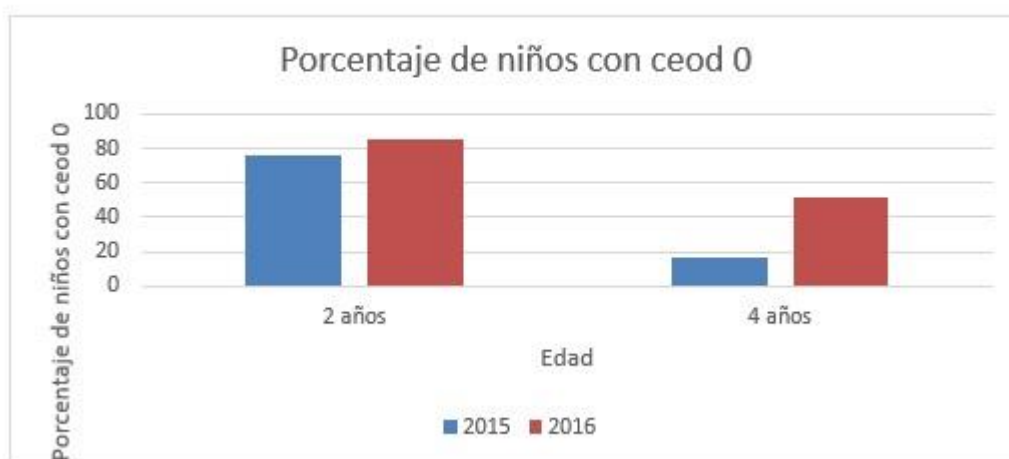
Control Odontológico del niño sano de 2 y 4 años

La caries dental es una de las enfermedades prevenibles más comunes en la infancia (US Department of Human Services, 2000). Es una enfermedad multifactorial, crónica, que progresa lentamente en la mayoría de las personas. Cuando afecta a la dentición temporal de preescolares, comúnmente se la llama caries temprana de la infancia.

Debido a esto, a edades tempranas, la formación de hábitos favorables en salud, tiende a dar resultados positivos en el tiempo, especialmente si se involucra y motiva a los padres y/o cuidadores de los menores objeto de la intervención preventiva. Durante el período preescolar, debe darse énfasis a este tipo de acciones para fomentar el autocuidado y responsabilidad en el cuidado de la salud oral. Durante este periodo, los niños están en control en los centros de salud a través del Control del Niño Sano, siendo los 2 y 4 años, las edades de control por el odontólogo u odontóloga según las Orientaciones Programáticas para la Atención en Red, además de los controles de rutina establecidos para los otros miembros del equipo pediátrico, los que han sido capacitados en el componente de Salud Bucal para establecer una sinergia en los controles de salud. Por lo anterior, es muy probable que a los 2 años, el niño o niña, tenga su primer contacto con el ambiente de la clínica odontológica, y con la atención del profesional, razón por la cual el manejo de la conducta para enfrentar esta experiencia nueva es muy relevante para una adecuada adherencia al tratamiento.

En San José de Maipo, ha aumentado el porcentaje de niños de 2 y 4 años libres de caries en relación al año 2015, sin embargo, sumaremos nuestros esfuerzos durante el año 2017 para aumentar la cobertura en este grupo etario, que es de vital relevancia para lograr una buena salud oral en la adolescencia y adultez.

Gráfico N°13



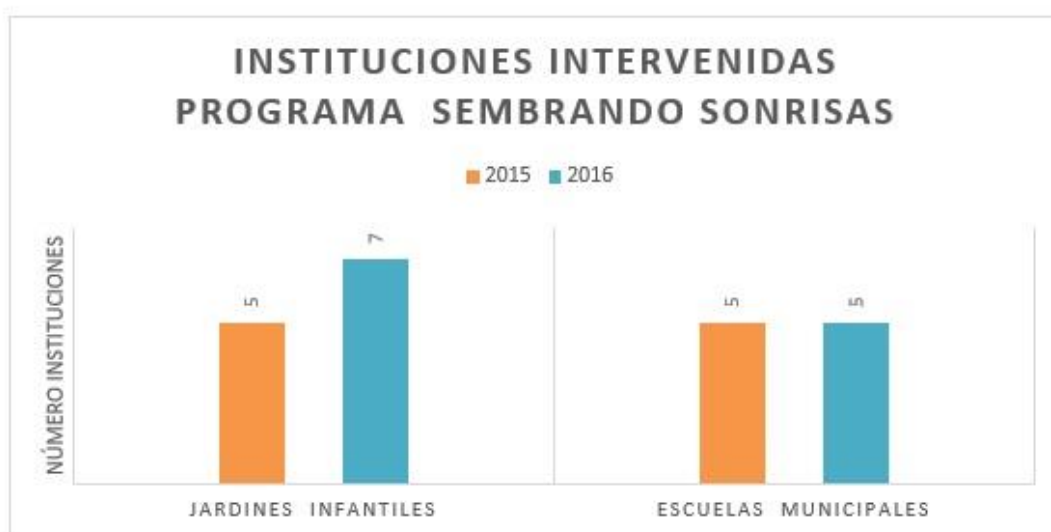
5.7 Programa Sembrando sonrisas

El programa sembrando sonrisas es un programa diseñado con el fin de aumentar la cobertura de niñas y niños con medidas específicas de promoción y prevención en salud bucal, incorporando además un examen de salud oral para monitorear su impacto.

Este programa, implementado desde el año 2015 a nivel nacional, tiene como objetivo principal mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia perteneciente a JUNJI, Fundación Integra y niveles de pre-kínder y kínder (NT1 y NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria. Ésta estrategia pretende reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en la población más vulnerable, como señalan los objetivos sanitarios para el año 2020.

En San José de Maipo, desde el año 2016 el programa Sembrando Sonrisas se implementa en la totalidad de las escuelas municipalizadas y jardines infantiles JUNJI/INTEGRA.

Gráfico: N°14



Una de las incorporaciones más importantes del programa Sembrando Sonrisas para el año 2016 consistió en un examen de salud oral, el cual permitirá monitorear su impacto y poder comparar índices de salud oral.

Durante el primer semestre del año 2016 se realizaron 381 aplicaciones de flúor barniz en niños preescolares de la comuna, programando duplicar la cifra para diciembre del año 2016. El acceso a barniz de flúor es considerado en niños de alto riesgo, un elemento inhibidor de caries (Marinho V. et al, 2003), y es recomendado tanto para pacientes de alto riesgo cariogénico (menores de tres años con caries de inicio precoz), y escolares con piezas definitivas en erupción, como para tratamiento de remineralización en lesiones incipientes, entre otros (MINSAL, 2008b). Según el consenso internacional vigente, el acceso universal a los fluoruros es parte de los derechos humanos básicos en salud (WHO, FDI y ADR, 2006).

Respecto al componente promoción en salud, el año 2016 incorporó un show de títeres, presentado en cada uno de los establecimientos, con la finalidad de lograr estimulación auditiva, visual y kinestésica, como recurso para el aprendizaje de manera divertida y amena referente a los temas de alimentación saludable y salud oral.

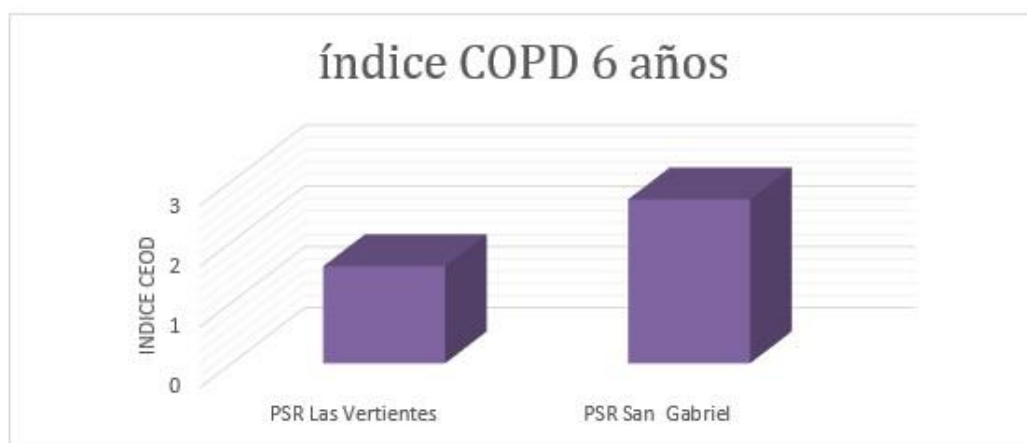
5.8 Salud Oral Integral de niños y niñas de 6 años

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

En San José de Maipo se realizan esfuerzos importantes para la atención de este grupo etario. Para lograr las atenciones de la población inscrita validada, se han generado fuertes lazos con el sector Educación, permitiendo enviar notificaciones a los padres por medio de libretas de comunicaciones y planificando la movilización de los estudiantes desde sus escuelas, en gran parte de los casos. Sumado a ello, Posta Las Vertientes atiende en extensión horaria, con la finalidad de que acudan aquellos hijos de padres, que por temas de horario laboral, no podían asistir a sus horas odontológicas.

A la fecha se han realizado el 69.7% altas odontológicas, en base a nuestra población inscrita validada, proyectando el cumplimiento de un 83% a diciembre 2016.

Gráfico N° 15



En el gráfico podemos observar el índice COPD promedio de usuarios de 6 años pertenecientes a la Posta de Salud Rural San Gabriel y Las Vertientes. El análisis permite determinar que se requieren más medidas de prevención y promoción en San Gabriel, ya que la población se encuentra con mayor daño odontológico acumulado. Estrategias que se formularán durante el año 2017.



Programa Sembrando
Sonrisas, Charla educativa
por medio de show de títeres.

Atención Odontológica
Integral del niño y la niña.

5.9 Salud Mental de Niños y Niñas

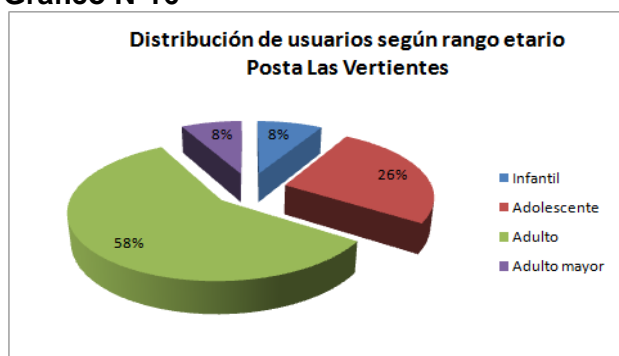
El Programa de Salud Mental Integral se enmarca en “ *la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria de Salud como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria. Su propósito es “contribuir a mejorar la salud mental de los usuarios del sistema público de salud, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica de la atención que se entrega en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un Enfoque de Salud Familiar y Comunitario”.* (Pág. 1 Ord 4217, Per Capitación Programa Salud Mental Integral 2015)

Respecto de los aspectos promocionales y preventivos, se han realizado intervenciones promocionales y preventivas en temáticas de salud mental, en establecimientos educacionales, jardines infantiles y escuelas de la comuna, realizando charlas y talleres para alumnas y alumnos, para padres y/o apoderados, así como profesorado a cargo.

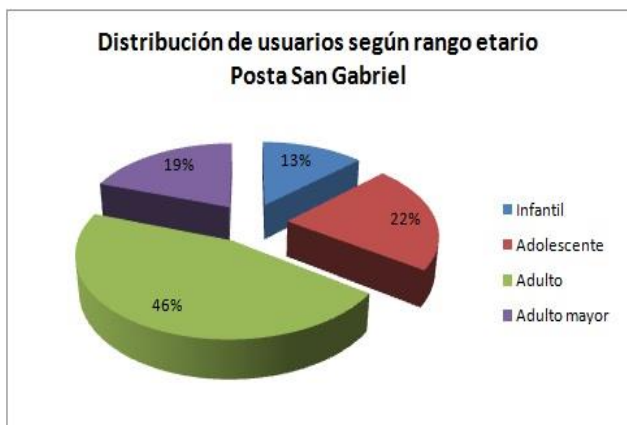
Además dentro de las intervenciones terapéuticas se realizan consejerías individuales y familiares en estilos de vida saludable, habilidades parentales, control de impulsos, en crisis normativas y no normativas. Prevención de violencia escolar (bullying) y violencia cibernética (grooming). Intervenciones para prevenir maltrato infantil y abuso sexual.

Además la dupla Psicosocial de Salud Mental participa activamente en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales.

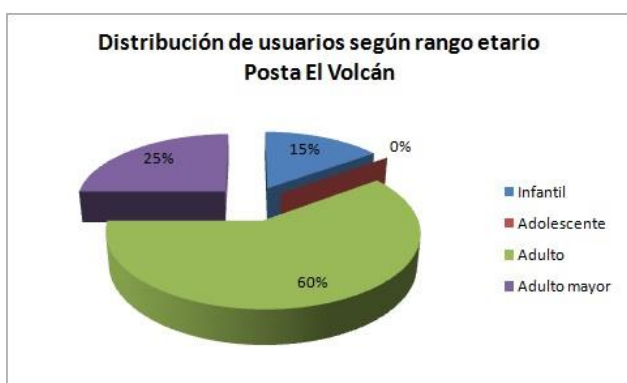
Población Infantil en control de Salud Mental Gráfico N°16



En posta Las Vertientes la población infantil representa al 8% de los usuarios en control en Programa Salud Mental.



En posta San Gabriel la población infantil representa también un 8% de los usuarios en control en Programa de Salud Mental, al igual que en Vertientes.



En Posta El Volcán la población infantil corresponde al 15 % del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental

Tratamiento

Ha habido en general una disminución en los niños y niñas que han recibido tratamiento en salud mental, en las 3 Postas según muestra la Tabla 5, con análisis realizado en mismo período de tiempo, Enero a Septiembre. En Posta El Volcán hay mayor población adulta y adulta mayor, y baja la población infantil relacionado a que por motivos educacionales, las familias optan por trasladarse a pueblos más cercanos a escuelas.

Tabla N° 5 Comparación Postas con corte Septiembre

Comparación Población Infantil Bajo Control cortes Septiembre			
POSTA	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Posta Las Vertientes	48	31	37
Posta San Gabriel	7	15	14
Posta El Volcán	4	4	3

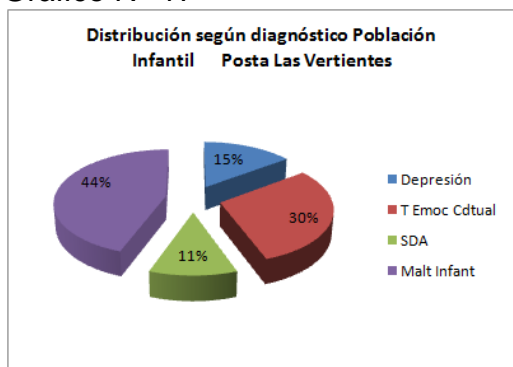
En casos de mayor complejidad se realiza derivación a COSAM de San José de Maipo y en casos de vulneración grave de derechos, se deriva a la Oficina de Protección de Derechos (OPD), incorporada el presente año en la comuna.

Respecto de los diagnósticos abordados, encontramos que:

En Posta Las Vertientes en cuanto a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, como muestra el Gráfico 17 hay una alta prevalencia, 44% en maltrato infantil leve, por negligencia o por falta de habilidades parentales que se trabajan terapéuticamente y en los casos que ha correspondido han sido derivados

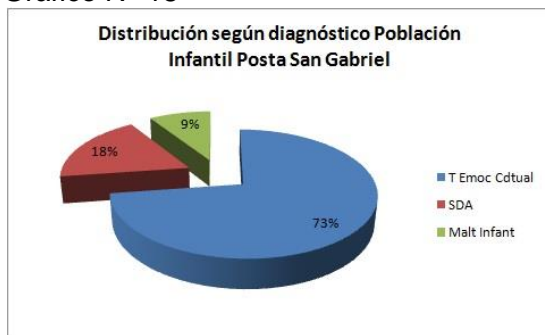
a OPD o COSAM. Por lo que se enfatizará en talleres para padres y/o cuidadores. Sumado a las acciones realizadas por el Programa Nadie es Perfecto.

Gráfico N° 17



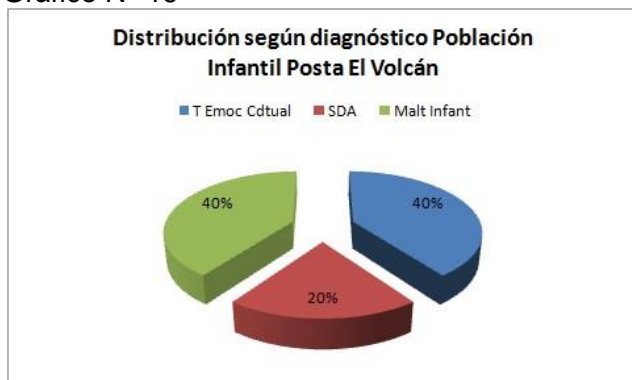
La mayor prevalencia corresponde a Trastornos emocionales y del comportamiento, seguido por episodio depresivo leve y en último lugar Síndrome de Déficit Atencional.

Gráfico N° 18



En Posta San Gabriel en cuanto a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, como muestra el Gráfico N° 18 hay una alta prevalencia, 9% en maltrato infantil leve, por negligencia o por falta de habilidades parentales que se trabajan terapéuticamente y en los casos que ha correspondido han sido derivados a OPD o COSAM. Por lo que se enfatizará en talleres para padres y/o cuidadores. Sumado a las acciones realizadas por el Programa Nadie es Perfecto.

Gráfico N° 19



En Posta El Volcán existe mismo porcentaje en trastorno emocional correspondiente a diagnóstico de trastorno mental: y maltrato infantil como factor de riesgo y condicionante de la salud mental, se da la condición de madre adolescente en dos de los casos que es la muestra representativa.

5.10 Vida Sana Prevención de Enfermedades No Transmisibles en Niños (2 a 18 años)

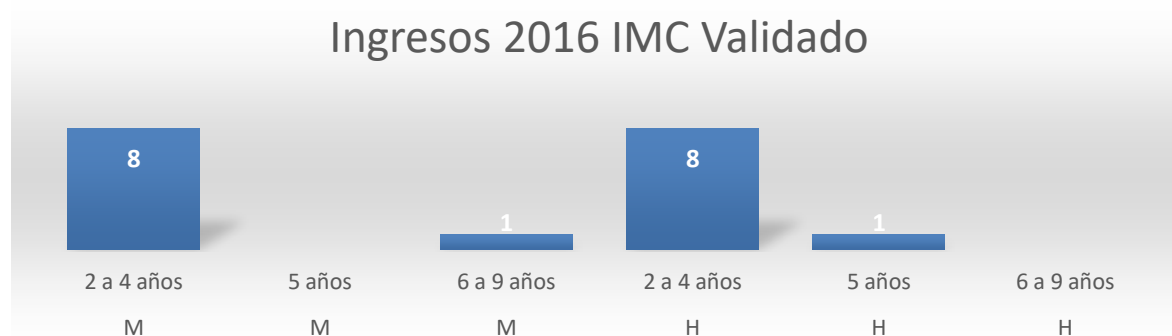
En el contexto del Programa Vida Sana, se realizan intervenciones, en este rango etario, con el objetivo de controlar factores de riesgo para la cronicidad. En el 2015, para alcanzar este grupo objetivo, se realiza convenio con jardín infantil JUNJI Rigolemo y área de educación de la corporación municipal (Gráfico 1.a.), y derivaciones de los distintos profesionales con los que se trabaja en equipo. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa, incluyendo Jardín infantil Raimapu del sector de San Gabriel además se realiza una asociación con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, por lo cual aumenta, al doble, la cantidad de usuarios incorporados al programa (Gráfico 1.b.).

Prestaciones: Nutricionista (3 controles), Psicóloga (2 controles), Médico (1 control de ingreso), Kinesiólogo (actividad física y evaluaciones durante todo el año), Dupla Nutricionista/Psicóloga

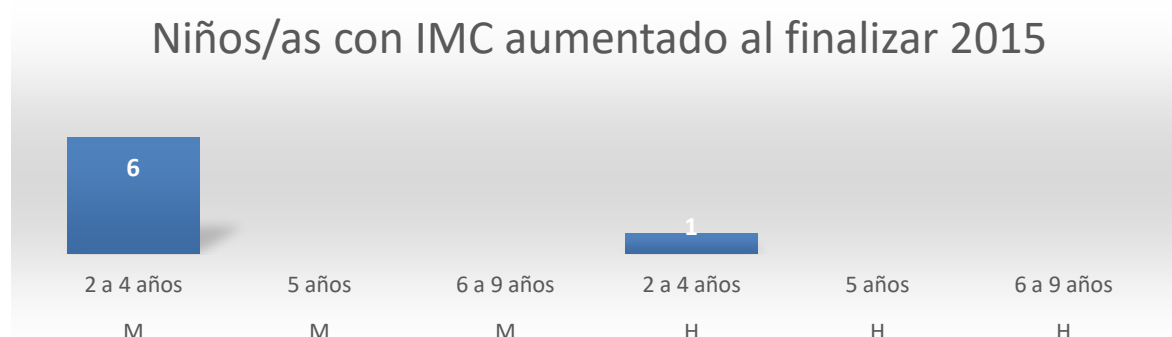
Gráfico N° 20. Ingresos por rango etario de usuarios con IMC validado en el año 2015.



Gráfico 21. Ingresos por rango etario de usuarios con IMC validado en el año 2016.



Los resultados al finalizar el año 2015 fueron los siguientes, tomando como parámetro de medición el IMC:



* Como se observa, los ingresos al medir IMC aumentado fue de 14 niños/as, al finalizar la intervención de este periodo es de 7 niño/as con perímetro de cintura aumentado, lo que significa una mejora del 50%.

En síntesis; el programa vida sana cumple con el objetivo general, de intervenir en la población objetivo para disminuir o controlar los factores de riesgo de adquirir alguna de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el país. Se espera que para el año 2016 los registros sean los adecuados para que los números sean de mayor impacto.



5.11 La Participación Social Infantil

Los niños y niñas de San José de Maipo son el eje fundamental para generar cambios relevantes en materia de salud, es por esto que la participación infantil supone “colaborar, aportar y cooperar para el progreso común”, así como generar en los niños, niñas y jóvenes confianza en sí mismos y un principio de iniciativa. Además, la participación infantil ubica a los niños y niñas como sujetos sociales con la capacidad de expresar sus opiniones y decisiones en los asuntos que les competen directamente en la familia, la escuela y la sociedad en general. De igual forma, la participación infantil nunca debe concebirse como una simple participación de niños y niñas, sino como una participación en permanente relación con los adultos, y debe ser considerada como un proceso de aprendizaje mutuo tanto para los niños como para los adultos.²(UNICEF).

Los espacios de participación donde los niños y niñas pueden desarrollar la participación son a nivel familiar, escolar y a nivel local

Es por esto que el trabajo con las redes tanto familiares, sociales y locales toman relevancia, ya que la coordinación con redes a nivel comunal es de vital

importancia a la hora de llevar a cabo el proceso participativo , el nivel escolar es la principal red que desarrolla y trabaja la participación de estos

Las instituciones educativas son la puerta de entrada en la entrega de conocimientos, e instar a que los niños y niñas aprendan la importancia de la participación.

Es importante destacar que los niños y niñas y familias con las cuales se interviene y participan, provienen de diversas realidades familiares y en situación de vulnerabilidad social, pudiendo presentar factores de riesgo que obstaculicen su desarrollo integral. En este contexto, es crucial que los Equipos Directivos, tanto de salud como de educación organicen y/o fortalezcan las redes internas y externas, además de establecer relaciones con organizaciones presentes en su comuna, de manera que activen una red articulada para la atención de casos o acciones que escapen a las competencias directas de su red interna. De este modo, la red de educación puede contar con una serie de apoyos para hacer frente a los diferentes problemas que deba enfrentar, y que no son exclusivos al ámbito educativo, sino que consideran dimensiones psicosociales, de salud, legales, u otros, lo que complejiza aún más su tratamiento. Hacer uso de las redes genera un trabajo colaborativo, ya que también pueden aportar a otras instituciones apuntando a un mismo objetivo, que es el bien común de la población desde distintas perspectivas. El objetivo de generar articulación entre educación y salud y las redes de apoyo a nivel local, se relaciona con la necesidad de promover acciones de prevención, capacitación, procedimiento de identificación y de derivación de casos según las problemáticas psicosociales.

La participación, es uno de los elementos más relevantes y de consideración primordial para asegurar el respeto de las opiniones de los niños y plantea que todos los niños y niñas tienen el derecho a ocupar un papel activo en la comuna de San José de Maipo. De igual forma, es por esto que promocionar y desarrollar la participación infantil fomentara que se construya un futuro alentador para todos y todas donde se incluya el diálogo y el intercambio de puntos de vista en el cual los niños asuman cada vez mayores responsabilidades

5.12 Salud del Adolescente

Características De La Población

La atención de salud de adolescentes y jóvenes tiene como propósito la mejora e incorporación de distintos enfoques en las prácticas de salud para la población entre 10 y 19 años. La intervención realizada por distintos equipos de salud aborda en forma integral todos los aspectos que presenten necesidades en este grupo etario, los servicios son diferenciados con enfoque de género y pertinencia cultural, entregando promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación como ser biopsicosocial incorporando a la familia y a la comunidad para la resolución de inconvenientes.

La atención integral permite evaluar el estado de salud , el crecimiento y normal desarrollo, fomentando los factores , conductas protectoras e identificando precozmente los factores de riesgo, así como, los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.

La realización de éste control implica que se incorporen los enfoques de derecho, determinantes sociales, género y diversidad cultural.

El control de salud, por lo tanto, debe ser realizado con altos estándares de calidad, de manera de optimizar esta excepcional oportunidad de intervenir tempranamente en forma preventiva.

Durante el año 2016 las PSR vienen implementando varias acciones a favor de la salud y el bienestar de los/as adolescentes, particularmente en los ámbitos de salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención del consumo riesgoso de alcohol y drogas, con la aplicación, realización, evaluación y análisis de fichas Clap.

Aplicación de Fichas CLAP

La Ficha CLAP, fue diseñada para facilitar el registro de la atención de salud integral de adolescentes; es un instrumento importante de apoyo a la atención y a la gestión y es parte de la ficha clínica. Pone el acento en registro de los logros que este grupo ha realizado y en su estilo de vida de acuerdo a su propia percepción.

Beneficios para la comunidad:

“Control Joven Sano”, constituye la puerta de entrada al sistema de salud para el grupo de adolescentes del país, a continuación se mencionan algunos beneficios para la población:

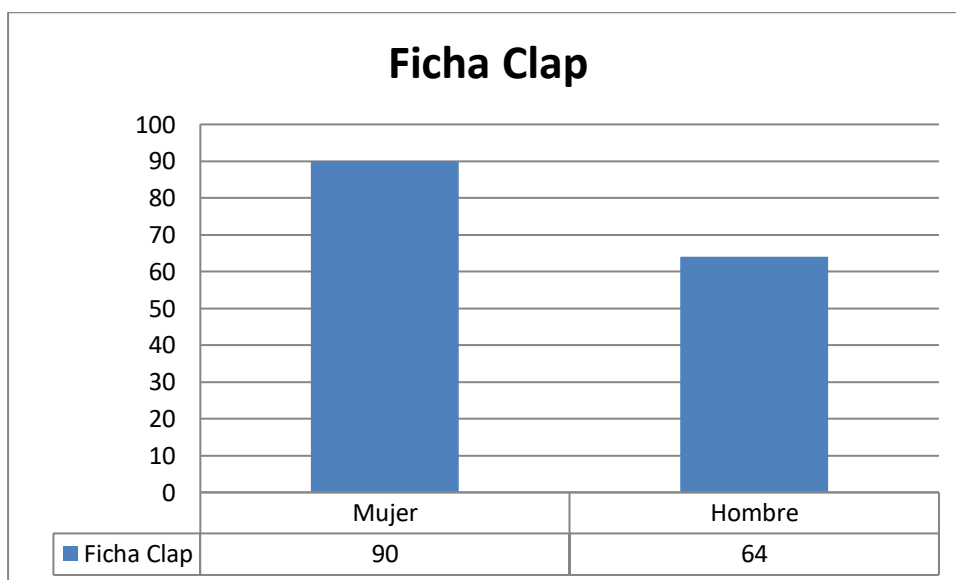
- Resguardar la condición de salud y asegurar el normal desarrollo de la población adolescente y joven.
- Realizar acciones preventivas en la niñez y adolescencia que favorezcan una mejor salud de la futura población adulta, disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud.
- Promover estilos de vida saludable, mediante consejerías individuales en relación a temas sobre alcohol, tabaco, droga, alimentación saludable y actividad física.

Edades en las que se aplican las siguientes actividades:

IMPACTO DIRECTO ACTIVIDADES	APLICADO A:
- Evaluación antropométrica	- Adolescentes entre 10 y 19 años
- Control de signos vitales	- Adolescentes entre 10 y 19 años
- Consejería en hábitos saludables	- Adolescentes entre 10 y 19 años

- la fecha se han intervenido los siguientes centros educativos:
 - Escuela Fronteriza
 - Colegio Rafael Eyzaguirre
 - Colegio el Canelo
 - Colegio Julieta Becerra

Grafico numero: Grafico comparativo de ficha Clap por sexo



De un total de 154 fichas clap realizadas, el 58% corresponde a niñas y un 42% a los niños, ambos sexos correspondientes a la población adolescente que se encuentra de 5to básico a primer año medio de los colegios antes mencionados

OBJETIVOS DE LA APLICACIÓN DE FICHAS CLAP

Objetivo	Acción	Indicador	Resultados Esperados
Educar en salud y en autocuidado.	Consejerías en hábitos saludables	N° de controles realizados / N° total de controles planificados	90 %
-Prevenir enfermedad y discapacidad.	Control de signos vitales y medidas antropométricas	N° de controles de signos vitales realizados / N° de controles planificados	90%
Fomentar hábitos de Vida saludables.	Consejerías en hábitos saludables	N° de consejerías realizadas / N° de controles planificados	90%
Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas	Evaluación y análisis de cada ficha Clap	N° de fichas clap realizadas / N° de controles planificados	90%
Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas prevalentes del adolescente	Evaluación y análisis de ficha Clap.	N de fichas clap realizadas /N de controles planificados.	90%

5.13 CONTROL DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

La población de adolescentes ha sido considerada tradicionalmente como una población “sana”, dado que presentan tasas de morbilidad más bajas respecto a la población general.

Esta consideración, produjo por décadas una invisibilización de este grupo en las políticas de salud, expresada, como ejemplo de ello, en la ausencia de estrategias preventivas, como aquellas realizadas en la población infantil, a través del “control de niño sano”, que permitió impactar en problemas gravitantes de salud para ellos, como son las enfermedades infecciosas, desnutrición, entre otras.

Actualmente se abordan los problemas de salud de adolescentes y jóvenes, desde una perspectiva de curso de vida y de equidad, permitiendo el acceso oportuno a servicios de calidad, para ello ha contribuido conocer la situación epidemiológica

actual, en que las enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, HTA, enfermedades mentales (cuadros ansiosos, depresión, dependencia a drogas, entre otras), presentan una prevalencia alarmante.

Se sabe que las conductas de riesgo que se inician en la adolescencia como: conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras, tienen un importante impacto, no sólo, en el presente de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes, sino también, en el estado de salud y la calidad de vida en la etapa adulta. Estas conductas y condiciones, pueden llevar a un embarazo no planificado, consumo

Problemático de alcohol y drogas, deserción escolar, violencia afectan de manera importante el presente de adolescentes y jóvenes y tienen consecuencias desfavorables para su desarrollo físico y emocional, pudiendo constituirse también, en causa de discapacidad o muerte prematura, como consecuencia de accidentes, suicidios y homicidios.

Todos estos antecedentes, nos permiten tener la certeza que las acciones de salud pública, realizadas en este grupo etario, con enfoque de curso de vida, y de determinantes sociales de la salud, podrán repercutir en el futuro disminuyendo los índices AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) y AVPP (años de vida potencial perdidos), por ende, la carga de enfermedad de los adultos y adultos mayores.

Objetivos en la atención integral en el adolescente

- Identificación de necesidades y determinación de objetivos.
- Diseño de servicios y actividades atractivos y accesibles para los adolescentes.
- Expansión del conocimiento acerca de los problemas comunitarios y familiares que representan barreras para los jóvenes.
- Creación de un ambiente donde los jóvenes puedan contribuir a su comunidad.
- Actuación como consejeros, instructores, mentores, divulgadores de información, etc. en que los mismos adolescentes y jóvenes ayudan a sus pares.
- Promoción del liderazgo juvenil y de organizaciones juveniles. La acción intersectorial
- Participación de los adolescentes y jóvenes.
- Énfasis en promoción y prevención.
- Equipo multidisciplinario, entrenado, comprensivo y comprometido.
- Credibilidad.
- Privacidad y confidencialidad.
- Organización funcional: disminución de barreras,; horarios adecuados.
- Profesional responsable en forma individual.
- Normas técnicas y administrativas facilitadoras.
- Identidad.
- Penetración en la comunidad.
- Coordinación intersectorial.

5.14 Salud Mental del Adolescente

El Programa de Salud Mental se encuentra centrado en el Modelo de Salud Familiar, considerando los determinantes sociales en la promoción de la salud y reforzando los factores protectores familiares y/o comunitarios en las intervenciones.

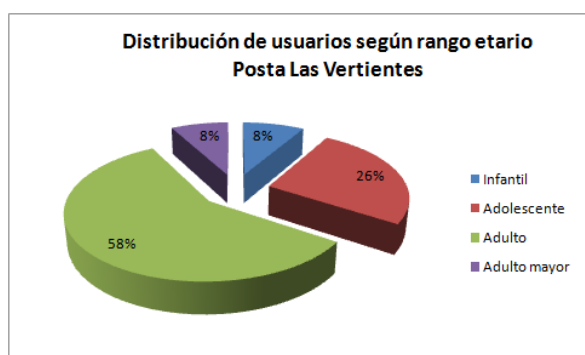
Los Objetivos Específicos del Programa están orientados a prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a los y las adolescentes que sufren trastornos depresivos; a mujeres que sufren violencia de género; en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, a población consultante con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas.

Otro objetivo también es aumentar la resolutivez del Equipo de Atención Primaria de Salud con servicios de especialidad para el tratamiento de personas con trastornos de salud mental de moderada a alta severidad, siendo éstas abordadas en Consultorías en Salud Mental, en COSAM de San José de Maipo. No obstante surge la complejidad que está disponible sólo Psiquiatra para adultos. Por lo que las derivaciones deben realizarse a Hospital Sótero del Río. Sí disponemos de horas de médico general para atención de salud mental en nuestras Postas.

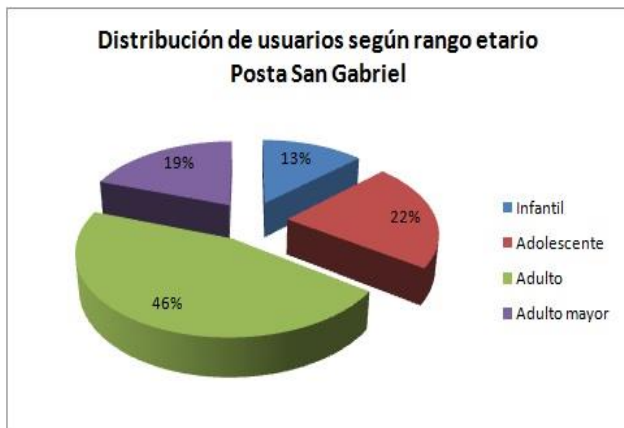
Siendo también un objetivo específico el fortalecimiento de la Prevención en Salud Mental a través de la implementación de Consejerías individuales y/o de pareja y familiares, Consejerías en Crisis Normativas y no Normativas; Talleres de Habilidades Personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico, esto realizado tanto en sesiones individuales, y/o familiares, grupos de padres y apoderados y otras agrupaciones comunitarias. Además de estar incorporadas acciones de Salud Mental Comunitaria en distintos establecimientos educacionales de la comuna, realizando charlas y talleres preventivos en conjunto con Espacios Amigables para Adolescentes.

La dupla Psicosocial de Salud Mental participa de manera activa en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales a madres adolescentes y sus familias.

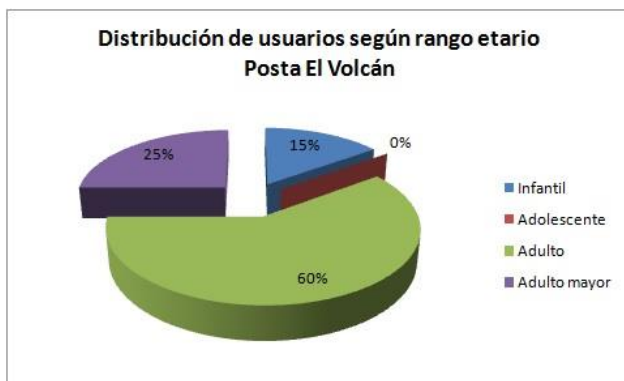
Desde Programa de Salud Mental se elaboró dentro de los Protocolos de Abordaje de Crisis Normativas y No Normativas en general, Protocolo Abordaje Crisis Normativa Familias con Hijos Adolescentes.



En posta Las Vertientes la población adolescente representa al 26% de los usuarios en control en Programa Salud Mental.



En posta San Gabriel la población adolescente representa el 22% de los usuarios en control en Programa de Salud Mental.



En Posta El Volcán la población adolescente corresponde al 0 % del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental, ya que no hay ningún adolescente en control.

Tratamiento

Desde el año 2014 al 2015 en Posta Las Vertientes se produjo un aumento significativo, de atenciones para adolescentes en Programa Salud Mental, se observa una disminución al año 2016 en mismo período de tiempo, pudiendo obedecer al impacto de las muchas acciones preventivas y de promoción en salud mental, efectuadas en escuelas de la comuna, lo mismo se podría aplicar a Posta San Gabriel, según muestra la Tabla ??.

En Posta el Volcán hay una baja tasa de usuarios en ese rango etario.

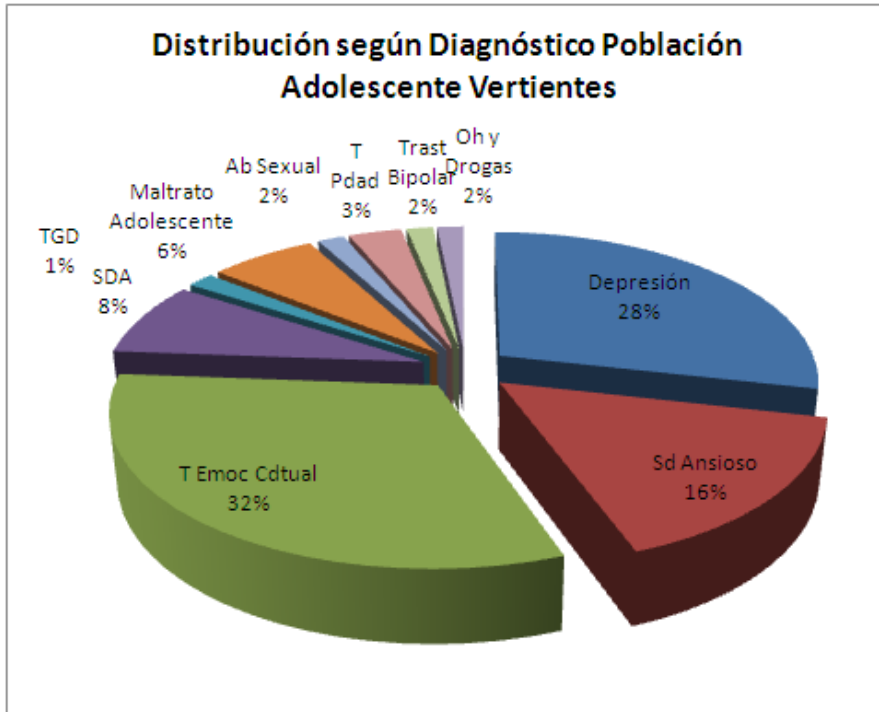
Tabla ? Comparación Postas con corte Septiembre

Comparación Población Adolescente Bajo Control cortes Septiembre			
POSTA	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Posta Las Vertientes	50	171	136
Posta San Gabriel	20	21	15
Posta El Volcán	1	1	0

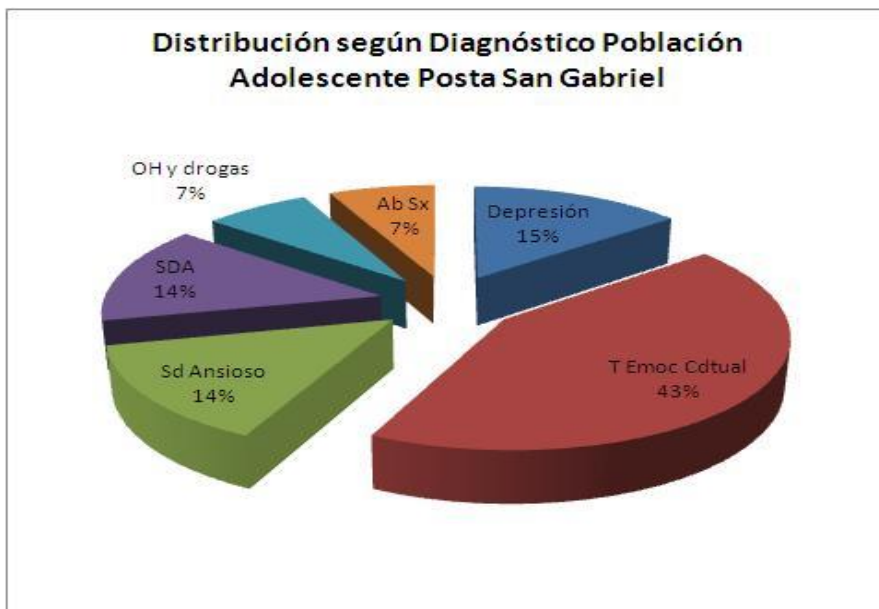
Además de atenciones clínicas intrabox, se realizan visitas domiciliarias integrales de salud mental según pertinencia, por parte de dupla Trabajadora Social y Psicóloga.

En problemáticas de salud mental de mayor complejidad, se efectúa presentación de casos en Consultorías Psicológicas y multiprofesional en COSAM de San José de Maipo, además de realizar derivación asistida a atenciones con Psicólogo Infantojuvenil y Médico Salud Mental a COSAM, como a Hospital Sótero del Río. Las urgencias psiquiátricas son derivadas a Hospital Barros Luco, existiendo flujograma de derivación

Respecto de los diagnósticos tratados, encontramos que:



En Posta Las Vertientes en cuanto a las problemáticas de salud mental abordadas, como muestra el Gráfico ?? el diagnóstico con mayor prevalencia, es Trastorno emocional y de comportamiento, seguido por Depresión, en tercer lugar Síndrome Ansioso, seguido por Síndrome de Déficit Atencional, Maltrato adolescente, esto derivado a Oficina de Protección de Derechos. A continuación Trastorno de personalidad, seguido por el mismo porcentaje en Trastorno bipolar, Consumo problemático de alcohol y drogas, Abuso sexual, este último derivado con derivación a COSAM.



En Posta San Gabriel respecto a problemáticas de salud mental en adolescentes, el diagnóstico de mayor prevalencia es Trastorno emocional y de comportamiento, en segundo lugar Depresión, en tercer lugar con un 14% Síndrome ansioso y Síndrome de Déficit Atencional. Respecto de factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, con un mismo porcentaje se encuentran consumo riesgoso de alcohol y drogas, y abuso sexual el que se encuentra en acompañamiento ya que está judicializado desde antes de llegar a atención en salud mental.

En Posta El Volcán no hay usuarios adolescentes en control de salud mental.

Mayoritariamente hay usuarios adultos y adultos mayores. Muchas familias migran llegando hijos a edad escolar o en algunos casos los adolescentes que están en enseñanza media, están en la semana en casas de familiares para asistir a Liceo polivalente.

5.15 PROGRAMA PROMOCION DE SALUD 2016

Se realizaron actividades en las distintas escuelas de la comuna, incorporando bailes, actividad física, caminatas, alimentación saludable.

Constitución de la radio San José de Maipo, la que cuenta con una amplia programación: música, notas de salud, entrevistas, etc.

En los meses de mayo y junio, se realizaron en la Escuela Julieta Becerra y Liceo, 2 reuniones ampliadas, para informar acerca de la ley 20.606, de Etiquetado de los Alimentos y Kioscos Saludables, a las que asistieron representantes directivos y de la comunidad escolar, así como concesionarios de kioscos.

Esperamos que este aporte de conocimiento técnico impartido por Seremi de Salud sirva para que todos los establecimientos se sumen a esta tarea de mejorar la salud de nuestros niños y niñas, que hoy presentan cifras alarmantes de sobrepeso, obesidad e hipertensión, que pretendemos revertir. A estas reuniones asistieron un promedio de 65 personas, pertenecientes al 80% de los establecimientos educacionales.

- Caravana El Melocoton



Proyecciones 2017:

- Continuar mejorando las estrategias para promocionar la Lactancia Materna Exclusiva, desde el embarazo, controles del niño, talleres, actividades comunitarias y de participación social, por el impacto que tiene en la salud tanto en el corto como largo plazo.
- Crear nuevas estrategias para frenar la incidencia de obesidad infantil: talleres, feria de la salud, guías anticipatorias (alimentación y actividad física) en todos los controles de salud, Fomento de Lactancia materna, promover la participación en Programa Vida Sana.
- Estimulación de Desarrollo Psicomotor: Contar con Sala de Estimulación Equipada (en proceso), mantener el equipo de profesionales con horas destinadas al Programa Infantil y contar con horas exclusivas de enfermera CHCC. Lo que facilitará las evaluaciones, derivaciones, talleres y sesiones de estimulación de niños y niñas que lo necesiten. Fomentar el ingreso temprano a Sala Cuna y Jardines Infantiles.
- Prevención enfermedades respiratorias: optimizar Sala de Rehabilitación que será inaugurará próximamente.
- Realizar una Feria de la Salud (salud/comunidad): último miércoles de cada mes, en Posta Vertientes, (marzo a noviembre), último martes en Posta San Gabriel (abril, junio, septiembre, noviembre) y 3° martes (marzo, octubre) en Posta Volcán. Espacio de encuentro con usuarios en el que se incorporará un tema principal para promover la salud y se invitará a la comunidad usuaria a presentar sus diferentes emprendimientos
- Taller Nadie es Perfecto: destinado a madres, padres y cuidadores de niños menores de 5 años: mantener dos talleres anuales. Fomentar la paternidad activa (Guía Anticipatoria).
- Mantener trabajo en Red comunal
- Mejorar el registro informático.

5.16 Espacios Amigables

a) Introducción:

El programa *Espacios Amigables para Adolescentes*, es una estrategia que parte desde el Ministerio de Salud para contribuir a mejorar el acceso a la salud en la población adolescente (10 - 19 años), permitiendo que los jóvenes se empoderen de su rol en la sociedad y en las acciones de autocuidado. El espacio busca resolver las demandas de salud de adolescentes, los que no acuden a estos servicios debido a diversas barreras comunes del sistema de atención pública tales como: falta de horarios de atención diferenciados, largos tiempos de espera, rotación de profesionales, falta de confidencialidad, requerimiento de un adulto para la atención de un menor, perfil profesional idóneo, entre otros. Es por ello que se habilitan este tipo de espacios para la atención de adolescentes, utilizando un enfoque clínico-promocional-preventivo, con especial énfasis en la atención de la salud sexual- reproductiva, salud mental y la interacción entre ambas variables, procurando siempre el respeto a la privacidad, atención amigable y personal capacitado. De este modo estas temáticas son abordadas desde los ejes de la

articulación intersectorial, el trabajo comunitario, la psicoeducación y la atención clínica. Los focos de atención son mayormente promover la participación social, atención y educación en salud sexual y reproductiva; como la prevención del contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, embarazo adolescente, consultas ginecológicas, atención psicológica para fomentar relaciones familiares, sociales y de pareja sanas, además de fortalecer la salud mental de los jóvenes y prevenir, pesquisar y tratar; trastornos afectivos, consumo problemático de drogas y alcohol, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad y primeros brotes psicóticos.

Con el fin de facilitar las intervenciones mencionadas el programa idealmente requiere la participación de diversos profesionales que permitan el enfoque integral del adolescente, en nuestra posta el equipo está conformado por una dupla: psicólogo – matrona, sin embargo el trabajo multidisciplinario con el centro de salud y todos sus profesionales permite que los adolescentes reciban atención desde otros ámbitos, si es que así fuese necesario, promoviendo el trabajo en equipo y potenciando el modelo de atención integral en salud.

El equipo de Espacios Amigables, tiene un perfil profesional específico que permite la adecuada intervención de esta población, para así poder lograr adherencia, que en este rango etario resulta una variable crítica a la hora de promover cambios. El perfil profesional se caracteriza por poseer habilidades socio-emocionales (blandas) tales como: empatía, asertividad, aceptación positiva incondicional y comunicación efectiva, que facilitarán el vínculo terapéutico con el adolescente el cual es el eje fundamental de las intervenciones. Por otra parte es necesario el conocimiento y capacitación teórico-práctica en esta área, vale decir, el desarrollo cognitivo, físico, sexual, emocional y mental del adolescente.

En nuestra comuna, dada su ruralidad y su contexto sociocultural, el acceso de este rango etario a las prestaciones del programa resulta de mayor dificultad, por lo tanto esta iniciativa permite visibilizar a esta población que por muchos años fue ignorada por considerarse sana y de poca relevancia.

Por último, cabe mencionar que este programa se encuentra en pleno desarrollo tanto en las capacidades profesionales como en las intervenciones especializadas que se realizan, con el consiguiente desafío de innovar en nuevas metodologías y estrategias que favorezcan mayor adherencia e impacto en los jóvenes.

b) Caracterización de la población.

Entendiendo la adolescencia como un periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta, lo que caracteriza fundamentalmente a este periodo son los profundos cambios, físicos, psicológicos, sexuales y sociales que tienen lugar en estos años. Es imposible establecer la franja exacta de edad en la que transcurre la adolescencia pero la Organización Mundial de la Salud considera que esta etapa va desde los 10 a los 19 años. El programa Espacios Amigables, se centra en este grupo etario de la comunidad de San José de Maipo y cada una de sus localidades. Tomando en cuenta que el trabajo en salud rural implica entender la complejidad de la cultura, los patrones interaccionales, costumbres, creencias y valores del sector a intervenir, es que desde esta óptica surge la oportunidad de

colaborar con el adolescente y su comunidad de forma idiosincrática y específica, lo que permite abordar las temáticas en su real magnitud, para así lograr generar un apego seguro transitorio en el joven, el cual es muy necesario en estos sectores, donde existen carencias afectivas de primer orden.

Dado los aspectos socioculturales de esta comuna, en donde la población se caracteriza por tener una visión paternalista de la salud, excesivamente patriarcal, peyorativa del adolescente, junto a la carencia de habilidades parentales y ausencia de las figuras de vínculo significativas, el perfil de los adolescentes que suelen acudir al programa resulta tener muchas similitudes dentro de su singularidad. Dentro de estas características biopsicosociales diagnosticadas más relevantes tenemos:

- Características psicológicas:

- Pobre autoestima, autoimagen y percepción de autoeficacia.
- Escasos mecanismos de resolución de conflictos.
- Déficit en los nutrientes emocionales familiares (afecto y apego seguro).
- Impulsividad y baja tolerancia a la frustración.
- Emociones caracterizadas por la sensación de abandono y vacío existencial.
- Baja motivación e intereses intelectuales.
- Tendencia a incurrir en conductas de riesgo o autodestructivas (autolesiones, adicciones entre otros)

- Características sexuales y reproductivas:

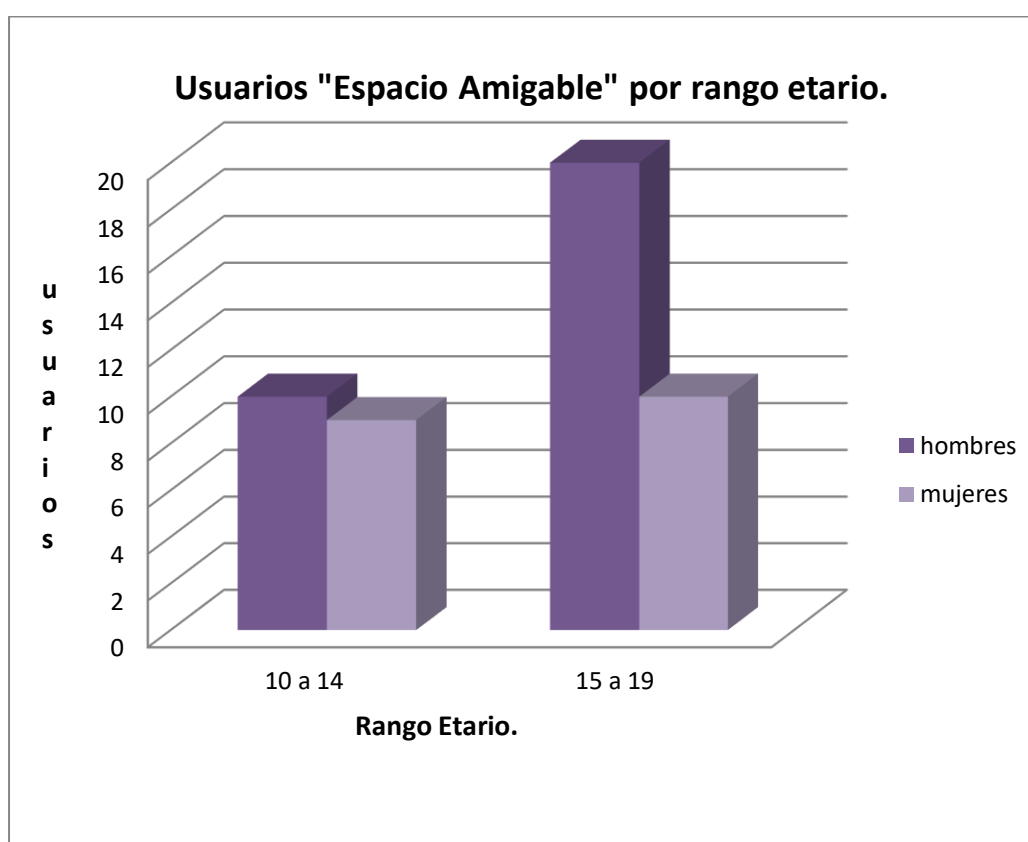
- Erotización precoz.
- Escaso acceso a educación sexual.
- Iniciación sexual precoz.
- Promiscuidad.
- Conductas de riesgo común: negación cultural al uso de métodos anticonceptivos de barrera (condón) y su consiguiente consecuencia en aumento de infecciones de transmisión sexual.
- Antecedentes de violencia y abuso sexual.
- Dificultades en percibir su orientación sexual.
- Embarazo no deseado.

- Características sociales y culturales:

- Ausentismo y deserción escolar.
- Hacinamiento.
- Vida de calle.
- Carencia económica.
- Abandono efectivo de padres.

- Baja percepción de riesgo (naturalización) en el consumo de alcohol y drogas.
- Violencia intrafamiliar.
- Patriarcado.
- Baja escolaridad en los padres.
- Antecedentes de padres o familiares con consumo de drogas y alcohol.
- Antecedentes penales en la familia.

c) Gráfico de atenciones por Psicólogo.



En el caso de las atenciones psicológicas en ambos rangos etarios se aprecia una clara tendencia a que la atención es más frecuente en hombres, aspecto que en adultos, en salud mental, siempre ha sido a la inversa.

Pareciera ser, que en la adolescencia contemporánea, los jóvenes del género masculino, están más dispuestos a hablar sus temáticas emocionales, por ende, estos rasgos de personalidad de expresividad afectiva, dejando de lado el estereotipo del hombre mas bien frio y que no desea pedir ayuda en estos ámbitos, esto último está quedando atrás para las nuevas generaciones, siendo esta nueva postura la que gana terreno en nuestros adolescentes. Es sabido que los vínculos de amistad con mujeres son más comunes con grados de intimidad importante, en donde cada vez más se equipara en ambos géneros, la necesidad de buscar respuestas en lo afectivo y mental, en los varones ya es bastante común, junto con el consiguiente desarrollo de habilidades de expresión, que no entran en juego con el "ser débil", por lo que, muy por el contrario incluso es común y bien percibido acudir a recibir apoyo emocional y psicológico. Por otra parte gran número de

consultas son por consumo problemático de sustancia, que en este rango etario, también sigue siendo la prevalencia mayor en hombres, como también la conducta de solicitar apoyo.

Por último, hay indicadores claros: no sólo hay más equipos de psicopedagogos apuntando la situación en las escuelas, sino que también creció la demanda de los servicios de salud mental de obras sociales, medicina privada y salud pública. En los últimos cinco años es impresionante el crecimiento en la demanda". Habla de chicos con trastornos adaptativos y de ansiedad: "Hay más problemas de desestructuración social y familiar. Hay padres sin trabajo o que no cubren las necesidades básicas, y el malestar se trasmite a los hijos. Los chicos no ven un futuro", junto a la falta de habilidades parentales, que hacen en extremo necesario el acudir a estos dispositivos.

d) Gráfico de atenciones por Matrona.

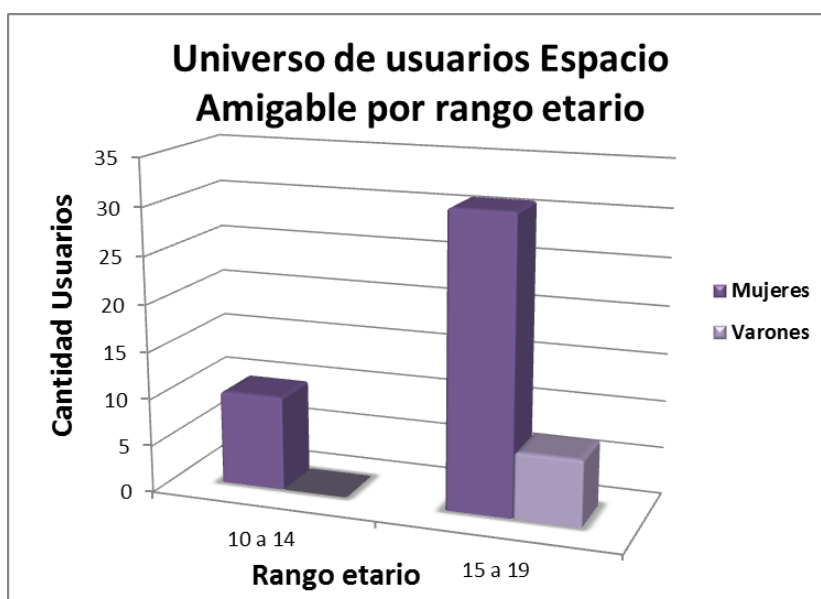


Gráfico N°2: Atenciones por matrona según rango etario.

Análisis:

De acuerdo a las atenciones realizadas por matrona, se puede observar que el universo de adolescentes que consultan, es fundamentalmente femenino, esto puede deberse a varias razones, sin embargo, se observa una cultura que enmarca la sexualidad como responsabilidad "femenina". Esto se evidencia en que, por ejemplo, los rangos etarios menores (10-14 años) las madres suelen consultar por información sobre anticonceptivos o enfermedades, cuando sus hijas presentan la menarquia, ciclos menstruales dolorosos y/o irregulares, o el inicio de su actividad sexual; no obstante, no se ha observado a la fecha consultas de madres por sus hijos, ni que padres acompañen a sus hijos, indiferentemente del sexo. Esta cultura que considera la actividad sexual como una responsabilidad femenina, también se aprecia en que sólo niñas asisten para recibir educación y evitar embarazos. En sus comentarios, además, es posible apreciar una gran cantidad de mitos sobre el

sexo, además de su necesidad de una alternativa anticonceptiva rápida, confidencial y gratuita.

Respecto al rango etario mayor (15 -19 años), el número de atenciones de adolescentes aumenta, aunque se mantiene la misma tendencia, en tanto las mujeres asisten en mayor cantidad en relación a los hombres. Gran parte de estas adolescentes ya tienen una vida sexual activa, y su principal motivo de consulta es sobre métodos anticonceptivos disponibles en el servicio, por tanto, es posible evidenciar que la responsabilidad ante la regulación de la fecundidad se asume nuevamente como un rol femenino. Aunque en este rango etario el universo de usuarios varones aumenta con respecto al de 10 a 14 años, en su mayoría (5 de 7) se declara homosexual. No es menor, bajo lo anteriormente señalado, que este grupo homosexual busque información y ayuda del tipo preventivo en el Espacio Amigable, en tanto los escasos varones heterosexuales sólo hayan asistido cuando presentaron infecciones de transmisión sexual sintomática.

E) Tabla de intervenciones por grupo edad.

El programa espacio amigable, ha realizado las siguientes intervenciones:

RANGO ETARIO DE 10-14 AÑOS

- **Intervenciones educacionales en sexto, séptimo y octavo año básico escuelas de la comuna San José de Maipo (fecha de corte 30 de septiembre), sesión educativa “Adolescencia el verdadero reality”.**

Escuelas básicas San José de Maipo	Nº de estudiantes asistentes.
Julieta Becerra: 7mo “A” y “B”	40
Julieta Becerra: 8vo “A” y “B”	35
Escuela El Canelo: 8vo básico	9
Escuela El Melocotón: 7mo y 8vo básico.	34
Escuela San Alfonso: 6to, 7mo y 8vo básico.	19
Escuela San Gabriel: 7mo y 8vo básico.	57
TOTAL	194

RANGO ETARIO DE 15-19 AÑOS

- Intervenciones educacionales en enseñanza media, liceo de la comuna San José de Maipo (fecha de corte 30 de septiembre), sesión educativa: “Sexo, drogas y rock and roll”.

Liceo Polivalente	Nº de estudiantes.
2do medio “A”.	27

Nota: las intervenciones en el Liceo Polivalente se seguirán realizando hasta el mes de diciembre, para así completar todo el ciclo de enseñanza media (primero a cuarto medio), abarcando así toda la comuna.

Análisis:

Luego de realizadas las intervenciones educativas, es importante visualizar que la participación activa de los estudiantes favoreció la dinámica de las sesiones, específicamente en este rango etario, en el cual lo primordial es lograr captar la atención y motivación del adolescente. Es por ello que la metodología que trabajamos como dupla, se caracteriza por utilizar estrategias comprobadas empíricamente a nivel mundial por su eficacia, las cuales se basan en un lenguaje simple y cercano, exponiendo el tema en forma directa, carente de dogmas, prejuicios, juicios morales, religiosos y atendiendo a la realidad del fenómeno tal cual se presenta a nivel país (acorde a las políticas sanitarias existentes).

Respecto a los 2 grandes rangos etarios en los cuales se trabaja de 10-14 años y 15-19 años, es importante especificar que en el rango etario mayor (enseñanza media) la metodología utilizada es aún más directa, ya que para que un aprendizaje sea real y así también su impacto, es necesario que el proceso dialectico sea integral, vale decir que se incluyan los aspectos negativos, nocivos y de riesgo de los temas a tratar, como también así los aspectos positivos, placenteros y hedonistas del fenómeno, logrando una síntesis global de ambas polaridades, evitando los extremos de la satanización o idealización de las conductas asociadas a las temáticas tratadas. (conductas autodestructivas de todo tipo).

F) Actividades interventivas en el espacio educativo:

El programa espacio amigable trabaja de forma intersectorial entre salud y educación, es por ello que se coordina con los establecimientos municipales de la comuna para así realizar intervenciones educativas en cada uno de estos, generando una oferta permanente a nivel preventivo la cual se traduce en una serie de talleres o sesiones educativas en diversas temáticas.

Durante el año 2016, como dupla se ha trabajado en los cursos de séptimo, octavo año básico y enseñanza media, en los cuales se han desarrollado las siguientes sesiones educativas.

- **“Adolescencia, el verdadero reality”**

Estudiantes de séptimo y octavo año básico.



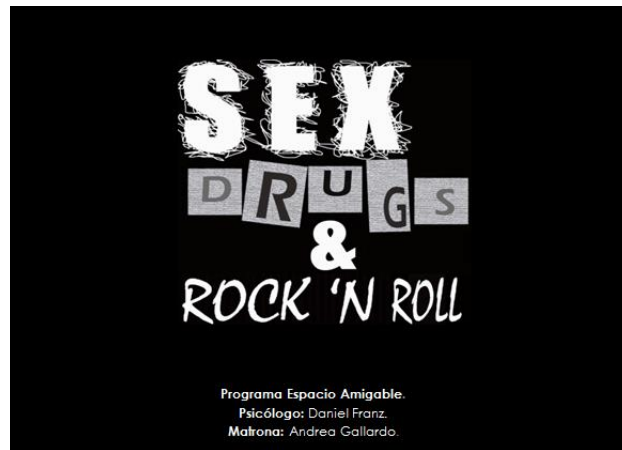
En esta sesión educativa se enfoca la sexualidad y afectividad en la adolescencia. Se promueven factores de autocuidado, autoestima, resolución de conflictos junto a comunicación efectiva para así evitar patrones conductuales autodestructivos.

Las temáticas que se abarcan específicamente son:

- Sexualidad humana, afectividad y autoestima: Enfocados en resolución de conflictos junto a comunicación efectiva (empatía y asertividad), como mecanismos sanos de enfrentamiento de las problemáticas interpersonales típicas en este grupo etario, para así evitar patrones conductuales autodestructivos como: adicciones, conductas sexuales de riesgo, autolesiones entre otras.
- Consumo de alcohol y drogas, procesos adictivos (promoción, prevención y educación).
- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA (prevención, campaña del correcto uso del condón).
- Regulación de fecundidad: acceso a la anticoncepción, métodos anticonceptivos disponibles en el servicio.
- Varios: Según las necesidades que cada establecimiento educacional requiera.

- **“Sexo, drogas y rock and roll”:**

Estudiantes de enseñanza media.



Esta sesión educativa se caracteriza por tener un enfoque preventivo en conductas de autocuidado frente a:

- Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, especificando los tipos de infecciones más comunes, sintomatología, tratamiento. Incentivar el uso correcto del condón (demostración práctica con dildo).
- Consumo de drogas como un fenómeno social: tipo de adicciones, etapas de la adicción, tipo de drogas y sus efectos, abuso y dependencia.

G) Fotografías.

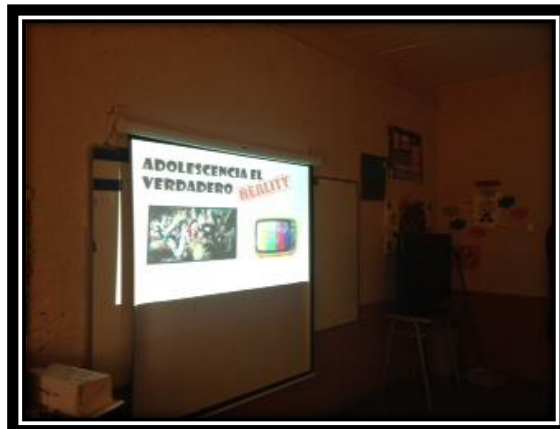


Imagen N°1: Proyección sesión educativa "Adolescencia el verdadero reality" 8vo básico "A", Escuela Julieta Becerra.



Imagen N°2 – 3: Grupo de adolescentes Escuela San Gabriel, 7mo básico “A” participando de sesión educativa.



Imagen N°4 Dupla Espacio Amigable, Matrona Andrea Gallardo, Psicólogo Daniel Franz.

H) Proyecciones 2017

Dada la buena recepción de los adolescentes con el programa, se estima que este debería mantenerse y quizás aumentar el número de atenciones clínicas como también de intervenciones educativas en la comuna.

- Como primer objetivo nos proponemos tener un mayor impacto respecto a las intervenciones que se pudiesen realizar en los establecimientos educacionales, es decir poder utilizar nuevas metodologías como: “role playing”, jornadas de adolescentes, actividades lúdicas y recreativas, “carrete seguro” como estrategias que permitan una interacción más cercana y significativa con los adolescentes.
- Como segundo objetivo, se propone aumentar la cobertura de atención de adolescentes, lo que sin duda requeriría mayor recurso humano, es decir más horas profesionales destinadas al programa.
- Tercer objetivo, acercar a la comunidad adolescente a la cultura, organizando salidas culturales, a museos, lugares históricos, realizar ciclos de cine – terapia, talleres literarios, entre otras.
- Es importante que los adolescentes puedan relacionarse entre ellos mismos, sintiendo que pueden tener un espacio dentro del servicio, es por ello que proponemos como desafío, tener un grupo adolescente de autoayuda o comunitario, favoreciendo así las intervenciones terapéuticas grupales en la posta (sala multiuso).

5.17 Salud Mental del Adulto

El Programa de Salud Mental se encuentra centrado en el Modelo de Salud Familiar, considerando los determinantes sociales en la promoción de la salud y reforzando los factores protectores familiares y/o comunitarios en las intervenciones.

El objetivo general es contribuir a mejorar la atención de salud mental, mejorando la accesibilidad, oportunidad, calidad técnica de la atención que se entrega en sus aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, con un enfoque de salud familiar y comunitario, logrando un aumento paulatino en la resolutivez y realizando acompañamiento en espera para atención en especialidad.

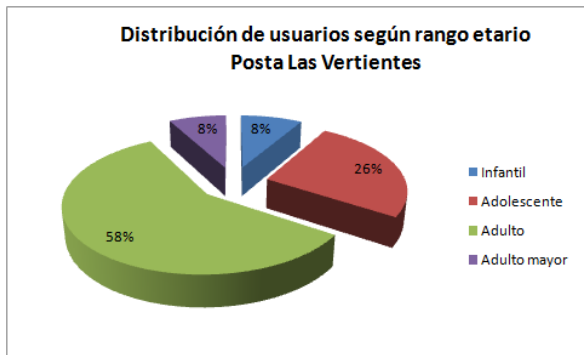
Los Objetivos Específicos del Programa están orientados a prevenir, detectar, diagnosticar y proporcionar tratamiento integral, accesible, oportuno y eficaz, a las personas que sufren trastornos depresivos; a mujeres que sufren violencia de género; en problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, a población consultante con consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas.

Otro objetivo también es aumentar la resolutivez del Equipo de Atención Primaria de Salud con servicios de especialidad para el tratamiento de personas con trastornos de salud mental de moderada a alta severidad que corresponden a sistemas de salud de mayor nivel de complejidad, siendo abordadas a través de Consultorías en Salud Mental, que se realizan en COSAM de San José de Maipo. No obstante surge la problemática que la Psiquiatra no verá trastornos de personalidad, por lo que seguiremos atendiendo casos de mayor complejidad a la correspondiente a Atención Primaria.

Siendo también un objetivo específico el fortalecimiento de la Prevención en Salud Mental a través de la implementación de Consejerías individuales y/o de pareja y familiares, Consejerías en Crisis Normativas y no Normativas; Talleres de Habilidades Personales para el desarrollo de un mayor bienestar psicológico, esto realizado tanto en sesiones individuales, y/o familiares, grupos de padres y apoderados, Agrupación de Mujeres, Colectivo Vamos Mujer y otras agrupaciones comunitarias.

La dupla Psicosocial de Salud Mental participa activamente en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales a madres y familias con factores de riesgo.

Encargada de Salud Mental realizó Protocolos de Abordaje de Crisis Normativas y No Normativas en general, Protocolo Abordaje Crisis Normativa Familias con Hijos Adolescentes, Protocolo Crisis No Normativa Acompañamiento a familias con integrantes hospitalizados. Aplicados en las atenciones correspondientes por dupla psicosocial.



En posta Las Vertientes la población adulta representa al 58% de los usuarios en control en Programa Salud Mental.

En posta San Gabriel la población adulta representa el 46% de los usuarios en control en Programa de Salud Mental.

En Posta El Volcán la población adulta corresponde al 60 % del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental

Tratamiento

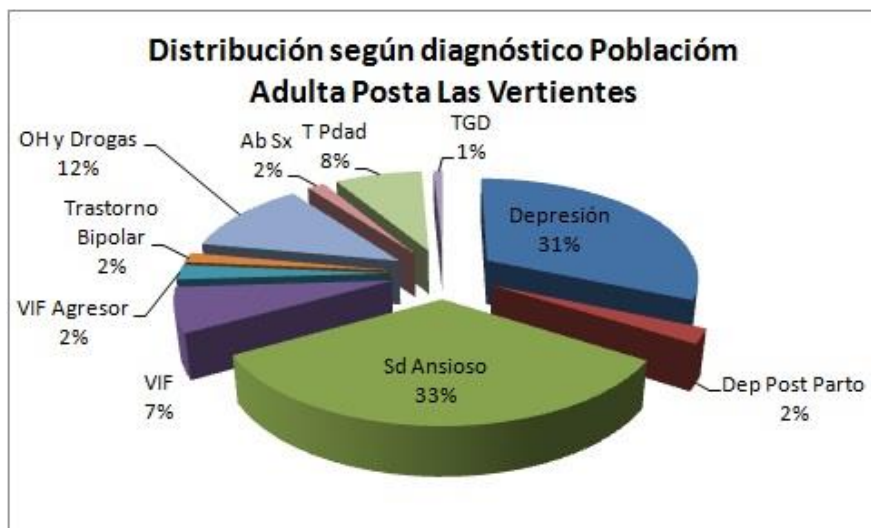
Ha habido un aumento en las consultas de adultos que han recibido tratamiento en salud mental, en Posta Las Vertientes y San Gabriel.

En Posta El Volcán hubo una disminución respecto del año 2014. Algunos de los casos que estaban en control debieron trasladarse del pueblo.

Además de atenciones intrabox, se realizan visitas domiciliarias integrales de salud mental según pertinencia, por parte de dupla Trabajadora Social y Psicóloga.

En problemáticas de salud mental de mayor complejidad, se efectúa presentación de casos en Consultorías Psiquiátricas y multiprofesional en COSAM de San José de Maipo, además de realizar derivación asistida tanto a COSAM como a Hospital Sótero del Río. Las urgencias psiquiátricas siguen siendo a Hospital Barros Luco, existiendo flujograma de derivación.

Respecto de los diagnósticos tratados, encontramos que:



En Posta Las Vertientes en cuanto a las problemáticas de salud mental abordadas, el diagnóstico con mayor prevalencia es Síndrome Ansioso, seguido por Depresión, en tercer lugar los Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y/o drogas. En cuarto lugar Trastornos de Personalidad que deben ser abordados en APS porque COSAM no cuenta dentro de sus prestaciones la atención de esta patología.

En quinto lugar Violencia de Género que corresponde a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, pesquisado en su mayoría en depresión secundaria a agresiones psicológicas y/ físicas. Estos casos son derivados con acompañamiento psicosocial a Centro de la Mujer de la Provincia Cordillera, para abordaje transdisciplinario.

En Posta San Gabriel respecto a problemáticas de salud mental el diagnóstico de mayor prevalencia es Depresión, seguido por Síndrome Ansioso, en tercer lugar Violencia de género correspondiente a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, como muestra el Gráfico. Se realiza apoyo psicoterapéutico y derivación asistida a Centro de la Mujer Provincia Cordillera.

En Posta El Volcán el diagnóstico de mayor prevalencia es Síndrome Ansioso, seguido por el factor de riesgo y condicionante de la salud mental Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol y/o drogas. Representando una gran problemática en dicha localidad, ya que los usuarios derivados se encuentran en etapa pre-contemplativa en la que no son conscientes de tener un problema y contemplativa en que si bien reconocen que tienen un problema, no han decidido hacer algo para abordarlo. Casos complejos han sido derivados a COSAM de San José de Maipo.

En el pueblo El Volcán se dan condiciones de mayor vulnerabilidad, dada la altura, la lejanía geográfica de lugares para proveerse de alimentos de mejor calidad, así como insumos básicos, sumado a las dificultades para trasladarse, con locomoción sólo dos veces al día. Debiendo muchas veces pagar sumas de dinero importante para poder desplazarse al pueblo, así como a centros de salud de emergencia y especialidad.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

5.18 Salud Oral del adulto

El Sistema de Salud ha priorizado la atención odontológica en embarazadas, niñas y niños de 2, 4 y 6 años, adolescentes de 12 años y adultos de 60 años.

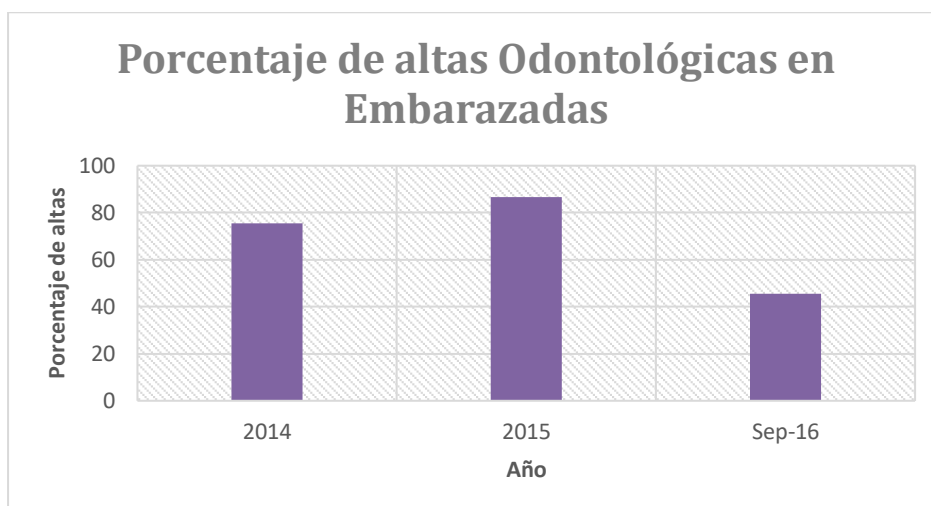
Sin embargo, al priorizar estos grupos se ve limitado el acceso a atención odontológica de adolescentes mayores de 12 años y adultos. En los pocos casos en que se podía brindar la atención, ésta se veía restringida por el horario de atención habitual de los Centros de Salud, siendo generalmente incompatible con las actividades escolares y laborales. Es por esto que se han generado programas especiales que brindan atención a mayores de 20 años, en lugares y horarios compatibles con actividades educacionales y laborales, como es el programa mejoramiento del acceso odontológico.

De esta misma forma el programa "Más sonrisas para Chile", junto con el programa "Hombres de escasos recursos", buscan rehabilitar oralmente de forma integral a usuarios y usuarias mayores de 15 y 20 años respectivamente, en extensión horaria.

5.19 Salud Oral Integral de la embarazada

Reconociendo la importancia de esta etapa para la mujer, su hijo y la familia, el Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica de la gestante, buscando generar las condiciones para que el recién nacido crezca en un entorno familiar que promueva y proteja la salud bucal. La atención odontológica integral de la embarazada es una intervención de alto impacto, considerando que para muchas mujeres, el embarazo es una oportunidad única para modificar conductas que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud.

Además de ello, el estado de salud bucal de la madre influye en su bienestar y en el riesgo de desarrollar caries tempranas en los niños, a través de mecanismos biológicos, conductuales y sociales. Estos antecedentes justifican el desarrollo de intervenciones integrales que apunte a reducir los riesgos de patologías bucales tanto en la madre como en su hijo (MINSAL, 2013).



En el gráfico podemos observar el porcentaje de usuarias embarazadas con alta odontológica en los últimos 2 años y su porcentaje a la fecha. Cabe señalar que la cantidad de embarazadas ha disminuido y se ha observado un aumento de la edad promedio de éstas, sumado a un incremento del daño oral detectado, lo que conlleva tratamientos odontológicos más complejos y por un periodo de tiempo prolongado.

Es por esto que la atención odontológica constituye un reto para el equipo odontológico, siendo uno de nuestros desafíos seguir mejorando la condición bucal de embarazadas, entregando herramientas para su autocuidado y de esta forma, contribuyendo a mejorar la salud oral de sus futuros hijos, aumentando así la población infantil libre de caries.

5.20 Salud Oral Integral del adulto de 60 años

Los adultos mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperarla, lo que les ha dejado diferentes secuelas, como por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos, infecciones de la mucosa bucal. Además, pueden producirse cánceres bucales y observarse manifestaciones orales de enfermedades sistémicas (Petersen, 2005).

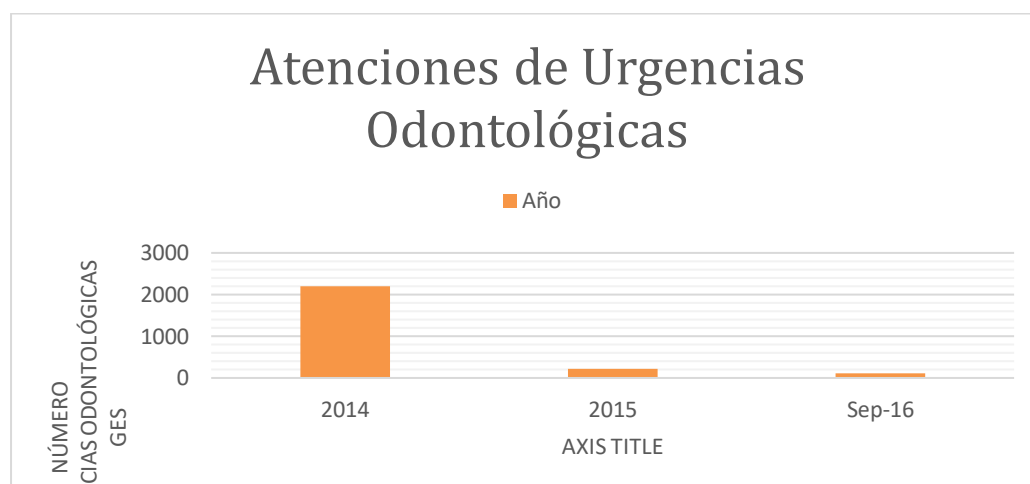
En San José de Maipo, actualmente se otorgan 8 cupos para Salud Oral Integral del adulto mayor, debiendo derivar a usuarios con 60 años al Hospital Sótero del Río para cumplimiento de su garantía GES, cuando el caso lo amerita.

Como equipo odontológico realizaremos las gestiones pertinentes para lograr la ampliación de la cantidad de cupos 2017, con la finalidad de brindar una atención más cercana a nuestros usuarios, en los centros pertenecientes a la comuna, reduciendo de esta forma las dificultades generadas relativas al transporte al centro de referencia.

5.21 Urgencias Odontológicas Ambulatorias

Las Urgencias Odontológicas ambulatorias se definen como un conjunto de patologías bucomáxilo-faciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención (MINSAL, 2011).

En San José de Maipo se brinda atención de urgencia odontológica al inicio de la jornada laboral en Posta Las Vertientes y San Gabriel, otorgando 4 cupos para ello en cada uno de los centros de salud. En caso de que el usuario requiera atención de urgencia en otros horarios, se realiza la derivación a nuestro centro de referencia, el Hospital Sótero del Río.



En el gráfico se pueden observar el número de atenciones de urgencias odontológicas efectuadas durante el año 2014, 2015 y el número a septiembre 2016. Desde el año 2015, con el inicio del programa “Mejoramiento del acceso Odontológico”, el cual otorga atenciones de morbilidad a mayores de 20 años, se ha observado una notable disminución de las atenciones de urgencia odontológica. Sumado a ello, la amplia diferencia se puede explicar debido a errores de registro anteriores al año 2015, puesto que se notificaban tanto las urgencias GES, como aquellas NO GES, situación regularizada a contar del 2015.

Sin embargo, esto no debe aminorar el impacto generado en la población por el programa “Mejoramiento del acceso Odontológico”, el cual, por medio de terapia preventiva/restauradora, logra frenar el avance del daño, evitando una futura urgencia odontológica.

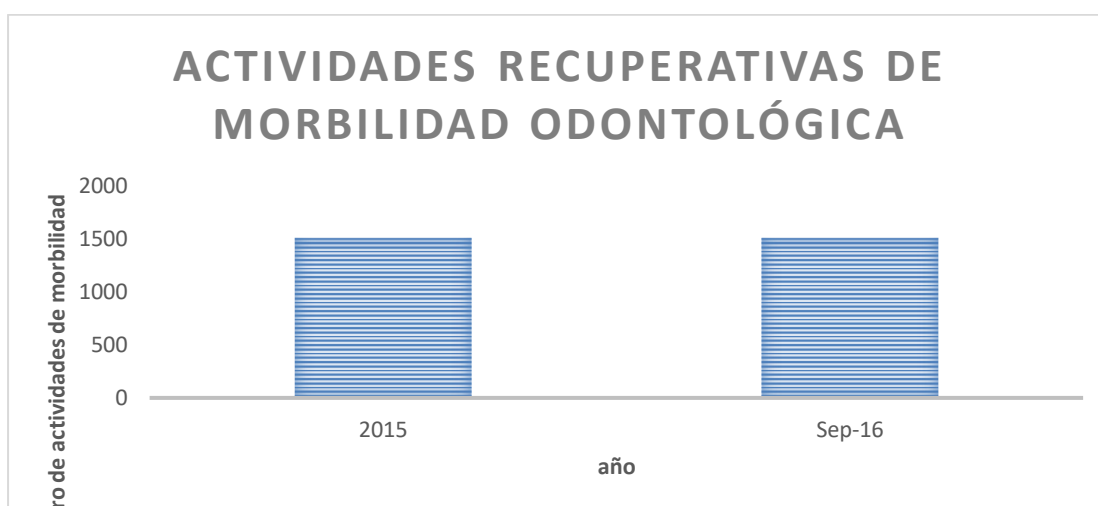
5.22 Programas Especiales

Mejoramiento del acceso Odontológico, componente Atenciones de Morbilidad mayores de 20 años.

El Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica tiene como propósito brindar acceso a la atención de patologías bucales a la población adulta mayor de 20 años, en horarios y lugares compatibles con actividades educacionales y laborales.

La necesidad del surgimiento de este nuevo programa, se genera a partir de los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006, la cual muestra que el 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre, y en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, la cual señala que un 44,6% de las personas de estrato educacional bajo declaran no haber visitado nunca al odontólogo o no haberlo hecho en los últimos 5 años comparado con un 15,1% de las personas de estrato educacional alto, datos que revelan una inequidad en el acceso.

El programa comienza a funcionar en Posta Las Vertientes y San Gabriel el año 2015, logrando duplicar la ampliación de su cobertura el año 2016, permitiendo la incorporación de nuevos odontólogos y más horas de atención en extensión horaria para nuestros usuarios de la comuna de San José de Maipo, como se observa en el siguiente gráfico.



Durante el año 2015 se realizaron 1500 actividades recuperativas de morbilidad odontológica, actualmente, a la fecha se han realizado 1498. Esto debido a la incorporación de nuevos odontólogos, producto de la ampliación del programa.

Programa Más Sonrisas para Chile

El programa “Más sonrisas para Chile” es una iniciativa coordinada por los servicios de salud, a través de la atención primaria, en conjunto con SERNAM. El programa brinda atención odontológica integral, la que incluye prestaciones de nivel primario más rehabilitación con prótesis removible. Se focaliza principalmente en mujeres en situación de vulnerabilidad que buscan empleo, mejorando sus condiciones orales y estéticas, para que jefas de hogar de escasos recursos o temporeras puedan incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades y mejorar su calidad de vida. También contempla la atención a funcionarias JUNJI/INTEGRA a cargo del cuidado de preescolares, considerando que este personal educador, como adulto significativo, es un modelo para la formación de hábitos y el autocuidado en salud de niñas y niños, reforzando el alcance del programa preventivo sembrando sonrisas en la salud bucal de la población preescolar.

El programa se realiza en San José de Maipo desde el año 2015, otorgándose 110 altas odontológicas anuales a usuarias de la comuna.

Hombres de Escasos Recursos

El Programa “Hombres de Escasos Recursos” tiene por objetivo mejorar el acceso, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a través de la atención odontológica integral de usuarios en atención primaria de salud.

Se da inicio a este programa durante el año 2016 en San José de Maipo, realizándose 15 altas odontológicas integrales con posibilidad de rehabilitación protésica.

Lamentablemente, la necesidad de nuestros usuarios adultos es alta en cuanto a rehabilitación oral, debido a ello contamos con una lista de espera de 35 pacientes hasta la fecha, para atención odontológica durante el año 2017.

Esperamos lograr ampliar la cantidad de cupos para el año 2017, puesto que, al igual que nuestras usuarias del programa “Más sonrisas para Chile”, nuestros usuarios en lista de espera del Programa Hombres de escasos recursos, se encuentran en situación de vulnerabilidad y en busca de empleo, con la necesidad de mejorar sus condiciones orales y estéticas.

5.23 Programa de salud cardiovascular en el adulto

El Programa de Salud Cardiovascular es una de las principales estrategias del Minsal para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades cardiovasculares. Este “nace” el 2002 producto de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes (DM). Adicionalmente, se incluye la dislipidemia como patología y factor relevante en el desarrollo de eventos vasculares, ligado directamente con las enfermedades ateroscleróticas.

El presupuesto para el programa de salud cardiovascular (PSCV) en las postas rurales de SJM se ha visto incrementado a contar del 2015, específicamente por la compra de medicamentos con mejores resultados en estudios clínicos para compensación. Además, la creación de flujogramas y el trabajo transdisciplinario en el centro ha permitido un mayor pesquiasaje. Esto ha permitido mejorar la capacidad de diagnóstico, una mayor gama de opciones terapéuticas, asegurar el tratamiento medicamentoso y otras mejorías según las necesidades en los niveles locales.

En las postas rurales de San José del Maipo desarrollamos un protocolo de acción en el año 2015, el cual será sometido a una actualización el año 2017, debido a cambios en las conductas terapéuticas basadas en la evidencia de los estudios publicados durante jornadas de actualización por la SOCHICAR.

Dicho programa se ha visto complementado con acciones que se aterrizan a la realidad local que podemos manejar como centro de atención primaria rural, como por ejemplo la creación de la dupla químico/Asistente social, la cual busca fortalecer la educación y adherencia terapéutica. Estas buscan potenciar un modelo integral, transdisciplinario, multicultural, preventivo y asistencialista, con fuerte apoyo en la educación, promoción y rehabilitación cardiovascular en APS, siendo esta última un proyecto a desarrollar.

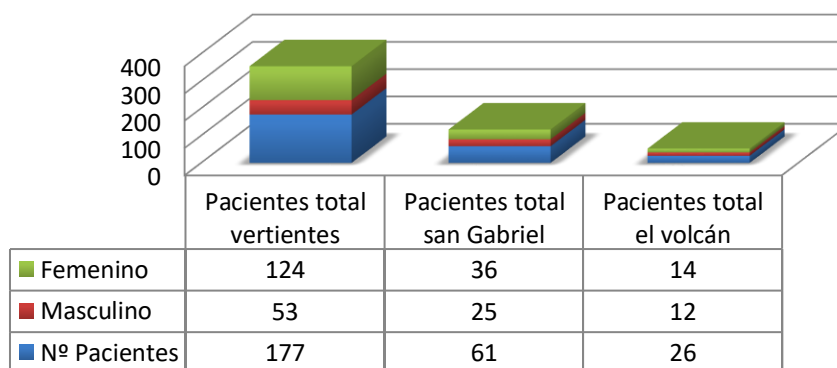
Objetivo general.

Reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención, tratamiento oportuno y efectivo de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y/o con enfermedades cardiovasculares que se controlan en las postas de atención primaria en San José del Maipo.

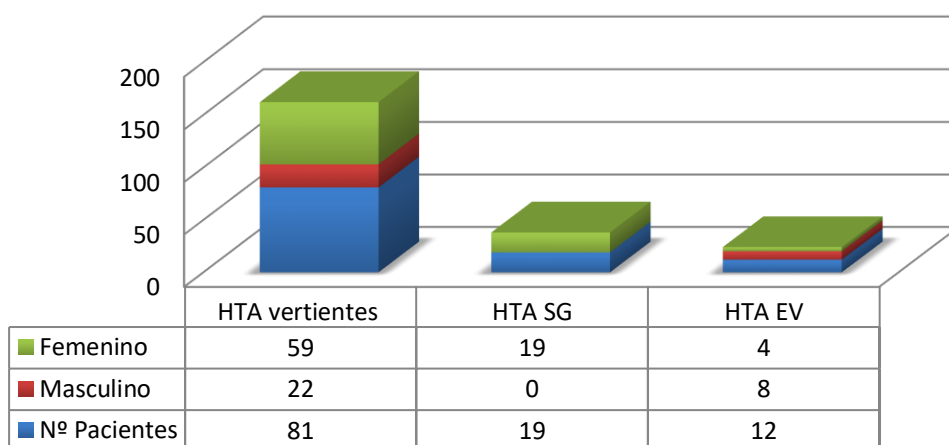
Objetivos específicos.

- 1) Reducir la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares modificables asociados al estilo de vida en la población bajo control en atención primaria: tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, alimentación no saludable, sobrepeso, obesidad, dislipidemia y sedentarismo.
- 2) Reducir en forma significativa el peso corporal inicial (Índice de masa corporal y pliegue tricípital como indicador).
- 3) Reducir los niveles de glicemia y presión arterial en las personas prediabéticas y prehipertensas, respectivamente.
- 4) Aumentar la proporción de pacientes compensados en control, independiente de su riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares (tablas de Framingham adaptadas).
- 5) Incrementar al menos 2 puntos porcentuales la cobertura efectiva de personas diabéticas tipo II de 15 o más años controlada, con HbA1c < 7% respecto del año 2016. La meta país es alcanzar al menos 29% de cobertura efectiva en personas diabéticas tipo 2 controlada.
- 6) Incrementar 10 puntos porcentuales, por sobre la meta país, la cobertura efectiva de personas hipertensas de 15 años y más controlada, presión arterial < 140/90 mmHg. Meta país es alcanzar al menos 54% de cobertura efectiva en personas hipertensas de 15 años o más controladas.
- 7) Reducir la incidencia de complicaciones por patologías cardiovasculares y diabetes en personas que se encuentran bajo control en los programas de atención primaria en las postas rurales de San José del Maipo.
- 8) Reducir las hospitalizaciones causadas por las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares y diabetes.
- 9) Disminuir la tasa de amputaciones por úlceras de pie diabético.
- 10) Fomentar la educación sanitaria en los grupos vulnerables y en grupos etéreos de riesgo.
- 11) Aumentar el número de EMPA para pesquisar precozmente hipertensión arterial, Diabetes mellitus, dislipidemia y tabaquismo. Trabajo transdisciplinario.
- 12) Aumentar adherencia a tratamiento farmacológico e higiénico dietético.
- 13) Continuar con los rescates de inasistentes.

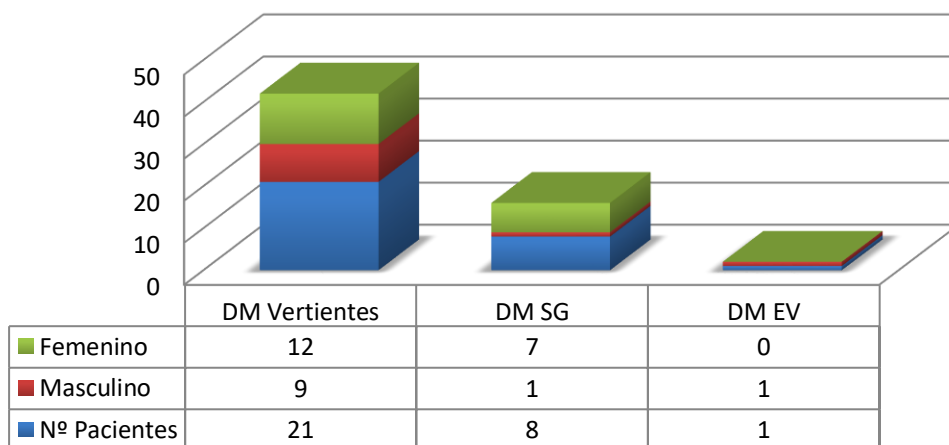
Pacientes del programa

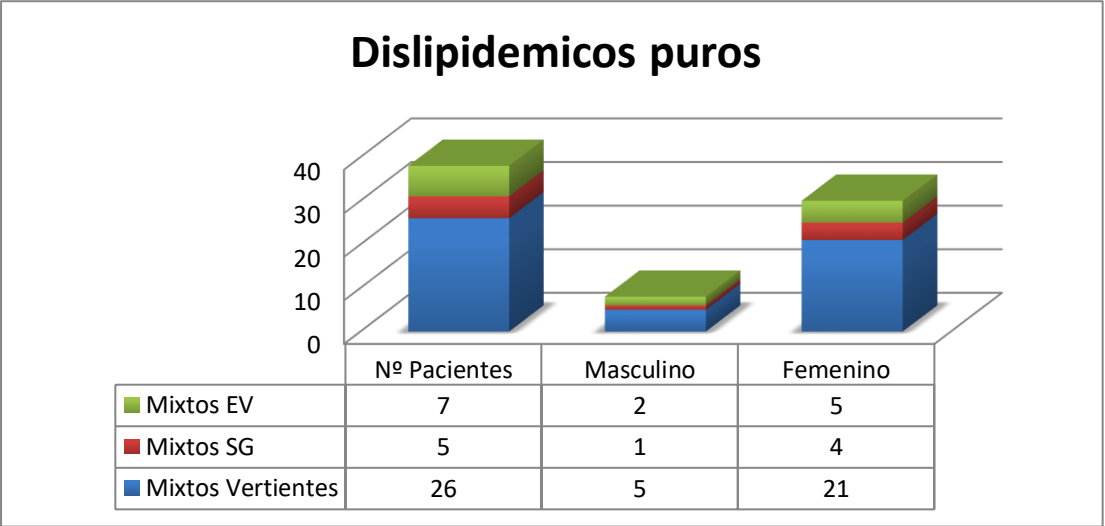
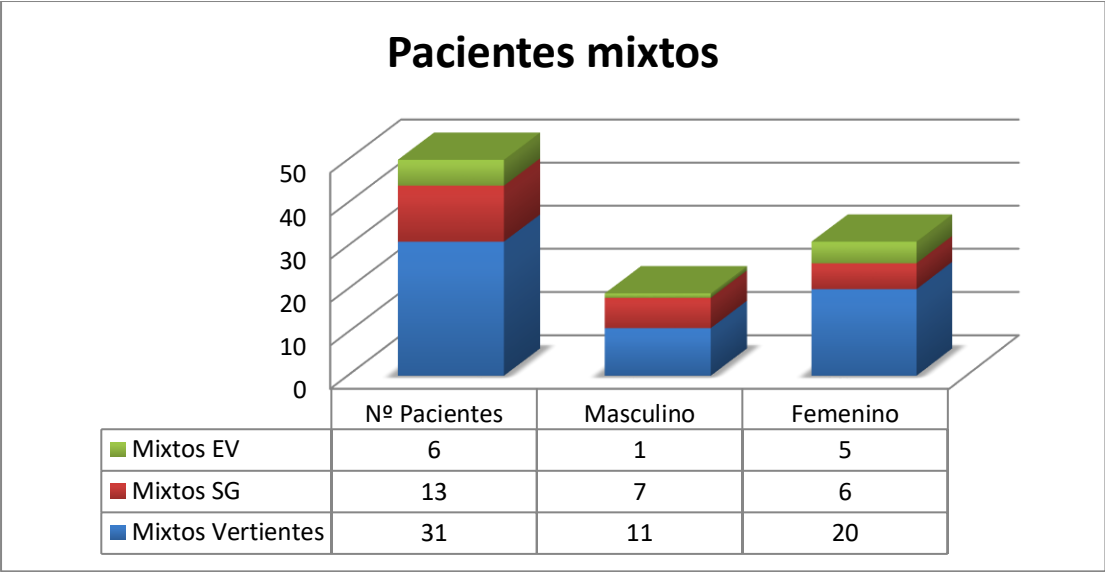


Pacientes Hipertensos



Pacientes Diabeticos





5.24 Rehabilitación Integral En personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla Leve o Moderada.

Antecedentes

La Importancia de la Artrosis radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o caderas.

Prevalencia

La prevalencia de la Artrosis aumenta con la edad. En estudios de necropsias la Artrosis es casi universal en mayores de 65 años (1).

Incidencia

Los datos a nivel mundial son escasos. En Artrosis de caderas, se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 100.000 habitantes, mientras que para la rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240/100.000 (2, 3).

A nivel nacional, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, realizada el 2003, un 3,8% de la población adulta refiere padecer de Artrosis (auto reporte), siendo más frecuente en las mujeres y mayor a medida que aumenta la edad (4).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la Artrosis son bastantes, dentro de los cuales encontramos el factor de envejecimiento, por lo tanto comúnmente se denomina como una enfermedad degenerativa, pero es mucho más que eso. Los otros factores son:

- Factor Hereditario
- Obesidad
- Variables reproductivas
- Osteoporosis

Y los determinados por el factor biomecánico:

- Forma articular
- Tipo de trabajo
- Trauma
- Deportes

Objetivo del Programa

“Entregar atención a pacientes con Artrosis leve y moderada de rodilla y caderas, bajo el régimen de garantías explícitas”

Objetivos Específicos

- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas de 55 años y más.
- Contribuir a enfrentar los desafíos del envejecimiento en la población.
- Entregar recomendaciones sobre diagnóstico y especialmente el tratamiento de pacientes adultos, mayores de 55 años, con artrosis leve o moderada de rodilla o cadera, conducente a minimizar la morbilidad y consecuencias asociadas a la enfermedad.

Prestaciones

Las prestaciones en nuestros centros de salud incluyen tratamiento médico y farmacológico de acuerdo a lo que indican las guías clínicas y Tratamiento de Rehabilitación a cargo de Kinesiólogo, con 6 horas a la semana, donde se incluyen:

- Talleres educativos y preventivos a usuarios y cuidadores
- Sesiones de Rehabilitación
- Educación y evaluación de ayudas técnicas
- Visitas Integrales en el hogar.

El año 2015 se incluyeron 10 usuarios al programa, donde solo 2 de ellos corresponden a adultos menores de 65 años, al evaluar esta situación, pensando en la incidencia a nivel mundial, y el rango etario, se llega a la conclusión de que la disponibilidad de horario del kinesiólogo no se correspondía con la disponibilidad de los usuarios laboralmente activos. Aun así, se logra dar de alta kinésica y estos pacientes logran funcionalidad adecuada y mejor control del dolor.

El año 2016 ingresan al programa 4 usuarios menores de 65 años, quienes se encuentran actualmente en tratamiento y han participado activamente de las educaciones grupales.

5.25 Vida Sana Prevención de Enfermedades No Transmisibles en el Adulto (19 a 64 años)

En el contexto del Programa Vida Sana, se realizan intervenciones, en este rango etario, con el objetivo de controlar factores de riesgo para la cronicidad. En el año 2015 las derivaciones se realizaron principalmente desde controles EMP, controles de PSCV y hallazgos en otros controles de salud realizados (Grafico 1.a.), por los distintos profesionales con los que se trabaja en equipo. En el año 2016 se mantiene la estrategia de ingresos al programa y se realiza una asociación con el área de deportes de la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo, por lo cual aumenta, al doble, la cantidad de usuarios incorporados al programa (Grafico 1.b.).

Prestaciones:

- Nutricionista: 3 controles nutricionales
- Psicóloga: 2 controles psicológicos
- Médico: 1 control de ingreso
- Kinesiólogos: Actividad física y evaluaciones continuadas durante todo el año
- Dupla Nutricionista – Psicóloga:

Gráfico 1.a. Ingresos por rango etario de usuarios con Perímetro de cintura aumentado en el año 2015.

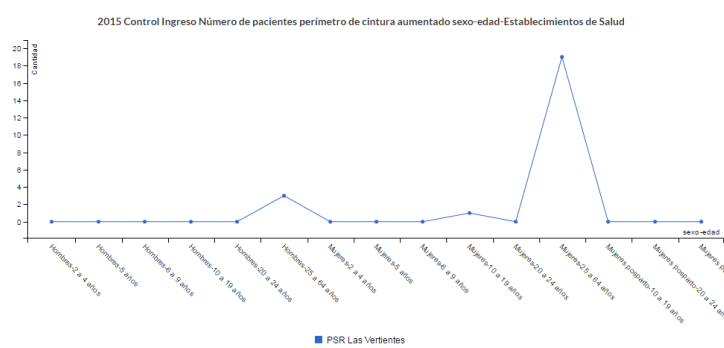
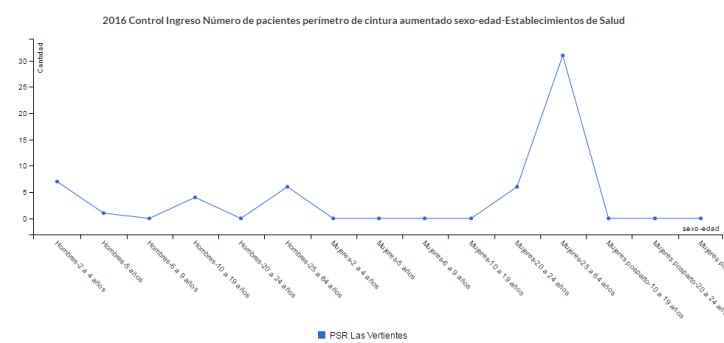
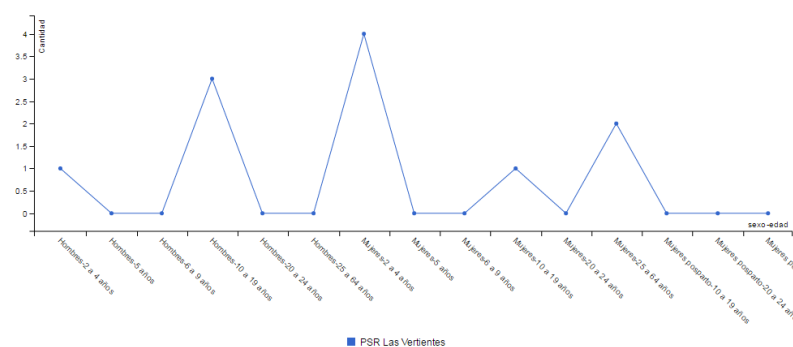


Gráfico 1.b. Ingresos por rango etario de usuarios con Perímetro de cintura aumentado en el año 2016.



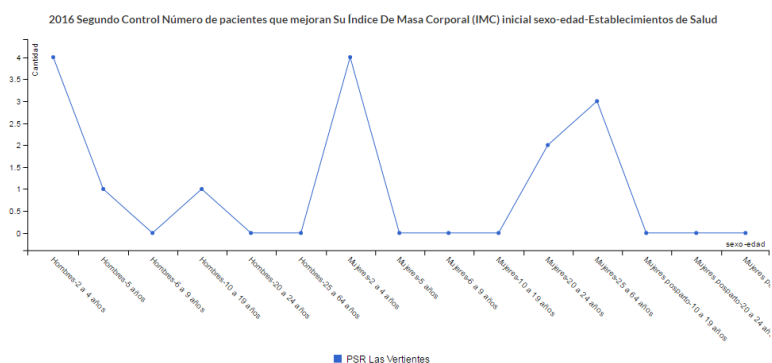
Los resultados al finalizar el año 2015 fueron los siguientes, tomando como parámetro de medición el IMC:

2015 Quinto Control Número de pacientes que mejoran Su Índice De Masa Corporal (IMC) con respecto al tercer control sexo-edad-Establecimientos de Salud



- La cantidad limitada de usuarios evaluados se debe a que el corte del programa se realiza a los 12 meses y el año 2015 se da inicio al programa en el mes de marzo, por lo tanto, la evaluación de la mayoría de los usuarios es en marzo del año 2016.

Los resultados de lo que va del año 2016 fueron los siguientes, tomando como parámetro de medición el IMC:



En síntesis; el programa vida sana cumple con el objetivo general, de intervenir en la población objetivo para disminuir o controlar los factores de riesgo de adquirir alguna de las enfermedades no transmisibles de mayor prevalencia en el país. Se espera que para el año 2016 los registros sean los adecuados para que los números sean de mayor impacto.

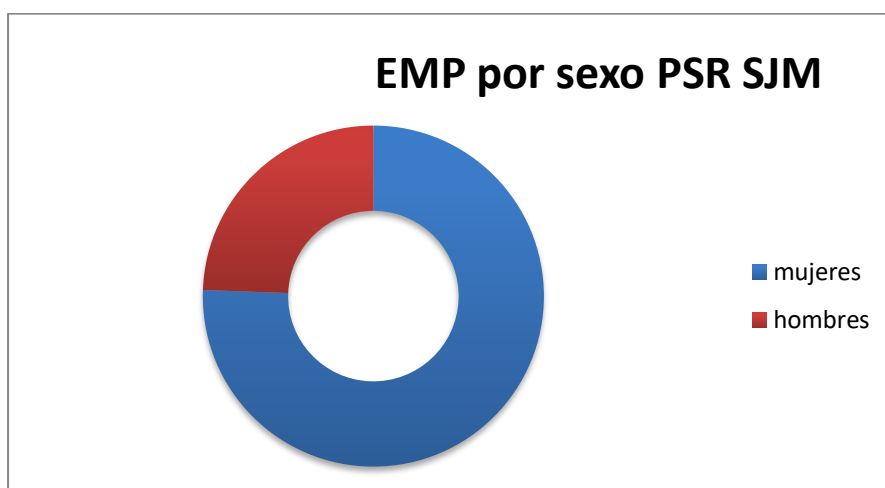
Examen de medicina preventiva

El EMP es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo de la vida adulta en la población. Tiene como propósito reducir la morbimortalidad asociada a las enfermedades o condiciones prevenibles y controlables, para el individuo y la familia.

La realización obedece a requerimientos de metas ministeriales y a programas de desarrollo en los centros, con el fin de generar mejor cobertura de salud preventiva y derivación oportuna en caso de presentar alguna condición crónica para abordaje terapéutico médico.

Históricamente las metas solicitadas se han cumplido. Desde la fecha de enero a agosto del 2016 se han realizado 131 EMP en el centro, faltando aun por alcanzar la meta requerida. La distribución por sexo es sustantiva, siendo 99 EMP realizado en mujeres y 32 en hombres.

Si bien la distribución por sexo es atingente a que la mayoría de personas con patologías cardiovasculares son mujeres, no es un porcentaje que sea correlativo en lo porcentual a la realidad epidemiológica.



Se evidencia un 76% de EMP en mujeres por sobre el 24% en hombres. Por tanto, es prudente el trabajar la forma de aumentar la realización de los EMP en los hombres, para obtener una correlatividad porcentual a las patologías cardiovasculares prevalentes en la población de SJM.

5.26 Programa de pesquisa de cáncer cervicouterino

Es un programa ministerial que tiene como objetivo disminuir la tasa de mortalidad e incidencia de cáncer de cuello uterino invasor a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados. La toma del PAP, que es la principal estrategia, está enfocada en las mujeres entre 25 y 64 años.

Históricamente se cumple con las metas requeridas por el Minsal.

Tenemos una población inscrita validada de 741 mujeres entre 25 y 64 años en las 3 postas rurales de SJM. Ya alcanzamos un porcentaje del cumplimiento de la meta corte julio 2016 del 88%. El objetivo en cumplir con la meta país a corte de diciembre del 2016.

Cáncer de mama

El cáncer de mamas es una patología prevalente en la mujer y su pronóstico depende de la etapa en la que se diagnostique. Actualmente ocupa la 2ª causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, por lo que su diagnóstico precoz es fundamental.

Durante el año 2016 se realizaron, hasta el mes de octubre, se realizaron 78 mamografías en la población prevalente. De estas solo 11 requirieron ecografía por BIRADS mayor o igual a 3, por lo cual fueron derivadas oportunamente a nivel secundario.

Ingresos gestacionales

Los controles gestacionales, de acuerdo al manual de la atención personalizada del proceso reproductivo del Minsal, es la atención integral, sistemática, periódica y multidisciplinaria que se otorga a la gestante, con enfoque integral a la pareja o persona significativa y familia. Incluye controles prenatales y programa educativo de preparación para el parto y nacimiento.

Hubieron 28 ingresos prenatales a la fecha de octubre del 2016, de los cuales 20 fueron realizados antes de las 12 semanas de EG.

La distribución por edad muestra que 12 mujeres menores de 24 años fueron ingresadas, 10 mujeres entre 25 y 34 años y 6 mujeres entre 35 y 39 años.

Regulación de la fecundidad

Los controles de regulación de la fecundidad se refieren a las prestaciones de salud que orientan y facilitan el acceso a las personas y parejas a regular su fecundidad con tecnologías anticonceptivas de alta efectividad.

	MENOR 15			15 - 19			20 - 24			25 - 29			30 - 34			35 - 39			40 - 44			45 - 49			50 - 54			TOTAL
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	
DIU T de Cu	0	0	0	0	0	0	22	24	10	62	46	14	108	89	38	55	84	54	69	55	24	4	32	33	0	0	0	823
DIU Medicado	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5
Oral Combinado	3	29	0	80	74	30	98	90	60	92	80	38	96	95	57	60	36	30	23	8	6	2	0	0	0	0	1087	
Oral Progestágeno	0	0	0	3	0	0	8	5	1	13	12	4	13	8	3	6	6	2	1	5	0	0	2	2	0	0	94	
Inyectable Combinado	11	4	1	44	69	34	41	50	20	27	29	12	14	29	16	14	16	8	6	13	7	3	0	0	0	0	468	
Inyectable Progestágeno	0	0	0	6	11	9	8	15	25	11	16	14	6	16	11	5	7	3	1	7	8	1	3	1	0	0	184	
Implante	0	0	1	1	11	10	4	14	18	8	21	21	4	21	15	5	17	9	1	4	1	0	1	0	0	0	187	
PSV Mujer	0	0	0	7	6	3	5	4	6	16	6	9	11	6	6	4	2	3	3	4	2	0	0	0	0	0	103	
PSV Hombre	1	0	0	4	5	3	4	2	3	6	2	2	3	2	4	6	0	3	3	0	1	2	0	0	0	0	56	
MAC + PSV	0	0	0	0	0	2	1	0	1	3	2	1	2	4	1	6	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	29	
TOTAL	15	33	2	146	176	91	191	204	144	238	214	116	257	270	151	161	171	114	107	98	49	12	38	38	0	0	3026	

5.27 Adulto Mayor

El envejecimiento es la etapa final del ciclo vital, se considera adulto mayor a todos los usuarios que superen los 65 años de edad, esta etapa se caracteriza principalmente por cambios en las capacidades físicas, principalmente un paulatino descenso de la funcionalidad, autovalencia e independencia en las labores propias de la vida diaria, estas características hacen que sean aún más necesaria la atención del equipo de salud. Debido a esto el equipo de salud debe adquirir conocimientos y competencias específicas que ayuden a valorar y realizar las intervenciones necesarias para brindar atenciones de salud en esta etapa.

Para cumplir con este programa es necesaria la implementación de un modelo de atención de salud basado en un concepto de envejecimiento activo, funcional, saludable y autovalente, sustentado en una atención biopsicosocial, promoción de salud y reconociendo los derechos de los usuarios de esta etapa del ciclo vital, generando estrategias de atención primaria, para con estas medidas realizar

La funcionalidad, característica principal del mantenimiento de la calidad de vida de los usuarios, es por esto que la salud de este grupo de usuarios se mide según este término (OMS). A la vez es el principal objetivo de las atenciones de salud brindadas en esta etapa, para así entregar una atención de salud integral y de carácter resolutivo, que promuevan y faciliten la atención de salud eficiente, eficaz y oportuna, centrándose en el usuario y en la enfermedad como hechos aislados, según el modelo de atención salud integral. Es de vital importancia mantener cerca del equipo de salud a estos usuarios, para esto se le debe brindar un fácil acceso incentivándolos a asistir a los controles de salud y facilitando el conocimiento y tratamiento de sus patologías.

Acciones para ayudar a brindar un envejecimiento de calidad en los usuarios. Para esto se recomienda que el equipo de salud realice:

- Aumentar rescate de pacientes inasistentes al programa de atención del adulto mayor.
- Educaciones de prevención de caídas, accidentes, mejora de la cognición a a comunidad en centros de adulto mayor.
- Lograr que los controles de salud según el riesgo cardiovascular cumplan las frecuencias establecidas por MINSAL.
- Realización de EFAM en coordinación con el equipo de salud.

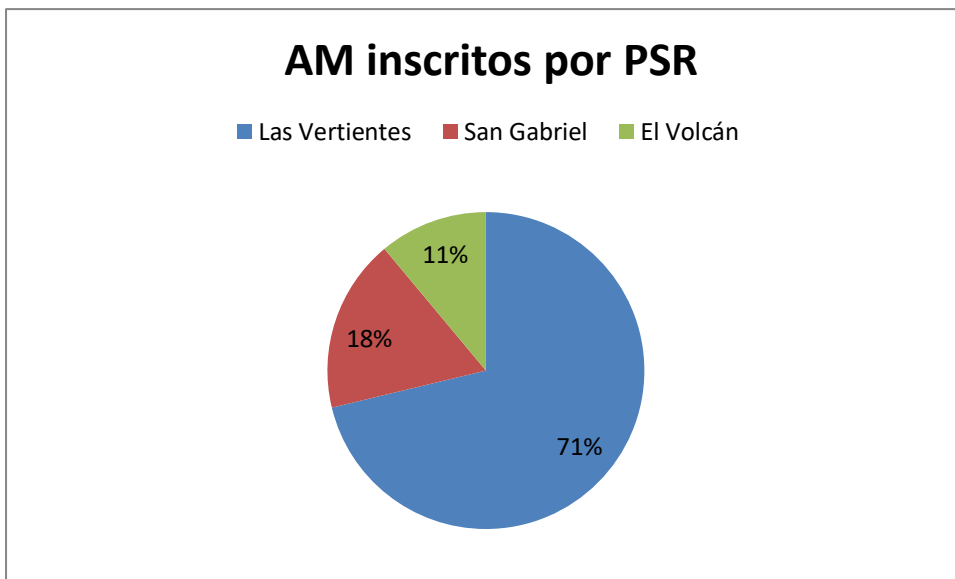
Para cumplir con las prestaciones de este programa el equipo deberá brindar un fácil acceso a estos usuarios, evitando obstaculizar la atención o tramitaciones, ofreciendo una amplia oferta horaria, para así evitar o retrasar las consecuencias del avance de la vida, y la pérdida de autovalencia.

Características de la población

Grafico N°: distribución porcentual de adultos mayores pertenecientes a la comuna de San José de Maipo, año 2016

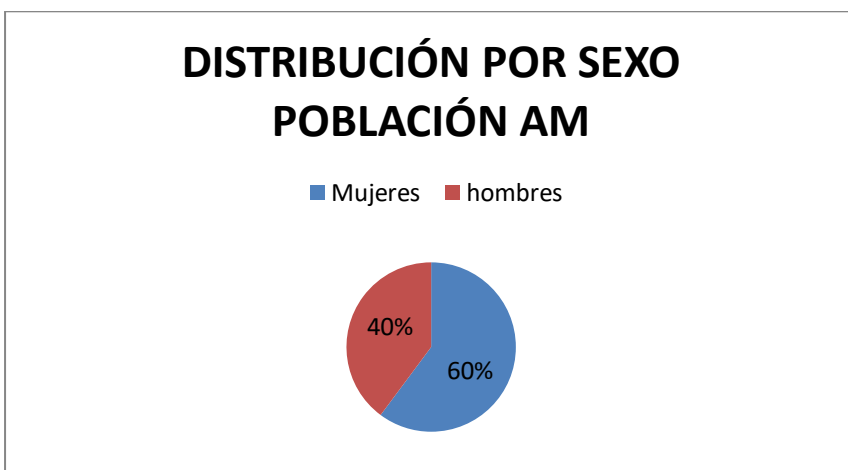
Posta salud rural	Total AM inscritos	Mujeres	hombres
Las Vertientes	161	103	58
San Gabriel	40	23	17
El Volcán	25	10	15
Total población inscrita		226	

Grafico N°1: distribución porcentual de adultos mayores pertenecientes a las postas de salud rural (PSR) de la comuna de San José de Maipo, año 2016



Del total de usuarios adultos mayores inscritos en la comuna, la totalidad corresponde a 226. La distribución de la población se encuentra mayormente concentrada en Las vertientes donde representan un 71% de los inscritos, el 18 % san Gabriel y un 11% en Volcán.

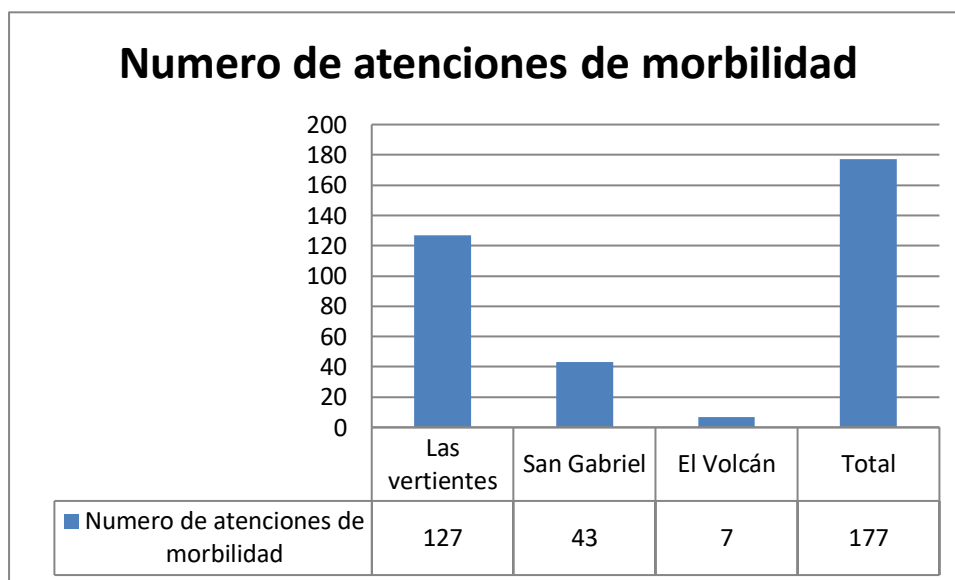
Grafico N° 2: Distribución por sexo de la población total de adultos mayores de las PSR



La distribución según sexo indica que el mayor número de inscritos adultos mayores son mujeres correspondiendo a un 60% de la población y un 40% representan los hombres.

Morbilidad

Grafico N° 3: Total de consulta de atenciones de usuarios Adultos Mayores de Enero a Agosto 2016, por centro de salud.



El total de consulta de morbilidad del adulto mayor de Enero a agosto del 2016 es de 177. Concentrándose el mayor porcentaje de atenciones en Las Vertientes con un 72%, San Gabriel un 24% y El Volcán un 4%

Examen de Medicina Preventiva

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la funcionalidad. El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, hace de este indicador su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que deben ser incorporados en el Plan de Salud, para actuar sobre ellos.

Los objetivos del examen son:

- Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor.
- Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

El examen de medicina preventiva considera los siguientes puntos:

- Medidas antropométricas: presión, pulso, peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, actividad física.
- Diagnóstico funcional del Adulto Mayor (EFAM- Chile): EFAM es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad de la persona mayor. La aplicación de esta herramienta permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista están discapacitados, como por ejemplo a quienes usan silla de ruedas, a quienes sufren secuelas importantes de accidente vascular, personas ciegas. A este grupo se aplica Índice de Barthel.

EFAM permite clasificar a los adultos mayores según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

Grafico N° 4: Exámenes Preventivos Realizados desde Enero a Agosto del año 2016. Postas rurales San José de Maipo.

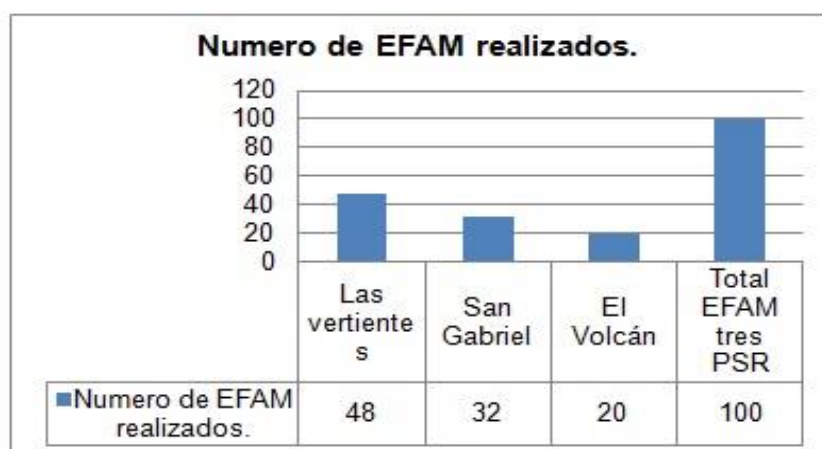
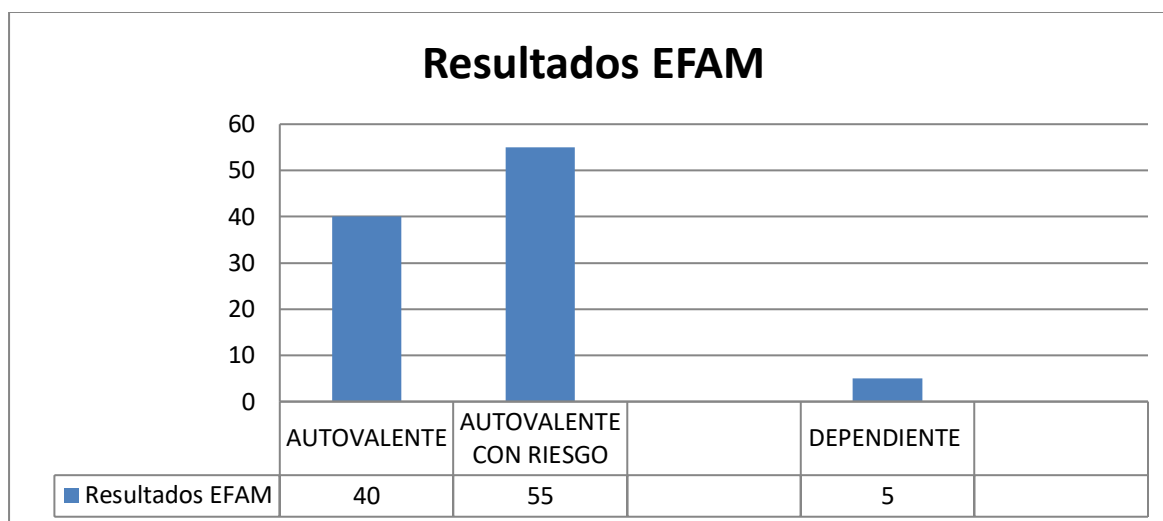


Gráfico N° 5: resultados de EFAM Enero-Agosto 2016



Personas Adultas Mayores, Según Grado De Dependencia

Según los datos de la última encuesta Casen, el 16,7% de los chilenos (dos millones 885 mil 157 personas) superan los 60 años, por el aumento de la esperanza de vida y el incremento de población adulto mayor es que se requiere mantener una evaluación anual de la pérdida de la funcionalidad global que puede verse afectada con el paso de los años y que interfiera en la realización de actividades de la vida diaria, es por esta razón que se evaluara a través de un instrumento para medir la severidad de la dependencia en APS (Índice de Barthel). El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Según el puntaje obtenido al aplicar Barthel se clasificara de la siguiente forma:

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Adultos Mayores Según Grado De Dependencia

Análisis de tabla.

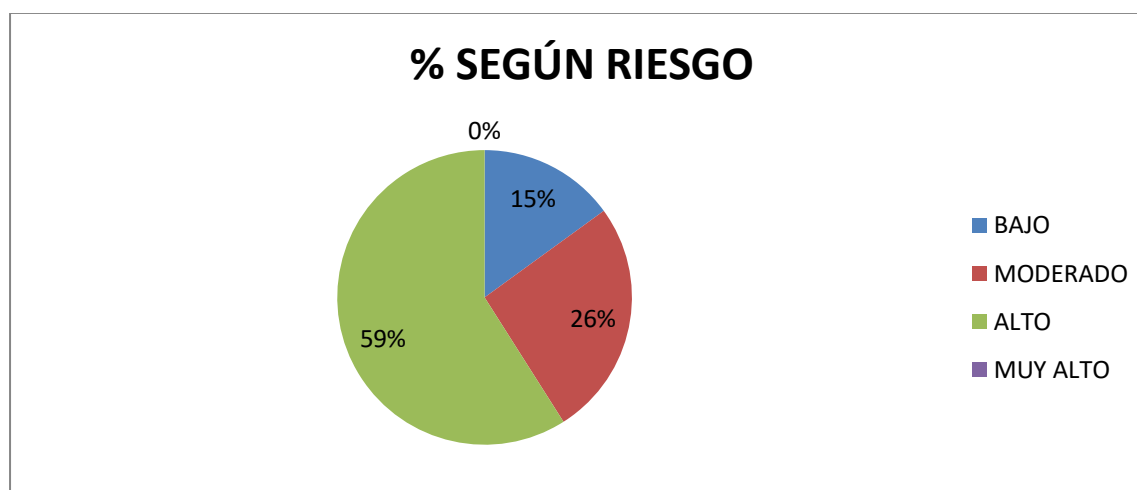
Dependiente total	5
Dependiente Grave	0
Dependiente moderado	3
Dependiente leve	52
Independiente	40
	100

En relación a la cantidad de pacientes atendidos en las Postas de Salud Rural, comuna San José de Maipo, que corresponden al grupo de adultos mayores, existe mayoritariamente una cantidad de dependencia leve, seguido de usuarios independientes, luego con dependencia total y finalmente con dependencia moderada.

Salud Cardiovascular

Población Adulto Mayor, Programa de Salud Cardiovascular, según clasificación global del RCV, Comuna San José De Maipo, Postas Las vertientes, San Gabriel y El Volcán.-

número de personas bajo control 65 y más años		Enero/Agosto 2016	% Según Riesgo
	Bajo	31	15%
Clasificación de riesgo cardiovascular	Moderado	54	26%
	Alto	125	59%
	Muy alto	0	0



La evaluación del riesgo CV, en este caso en el adulto mayor, es un tamizaje que nos ayuda a identificar la población que tiene mayor probabilidad de presentar un

evento cardiovascular. En esta etapa del ciclo vital el riesgo cardiovascular se incrementa conforme avanza la edad, dependiendo mucho de los estilos de vida de cada individuo. La población de nuestra comuna muestra un incremento en la proporción de usuarios que presentan un riesgo alto con un porcentaje de 59%le sigue el riesgo moderado con un 26%, dándonos a conocer las falencias de la población en relación a la actividad física, alimentación no adecuada, sedentarismo y estilos de vida no adecuados.

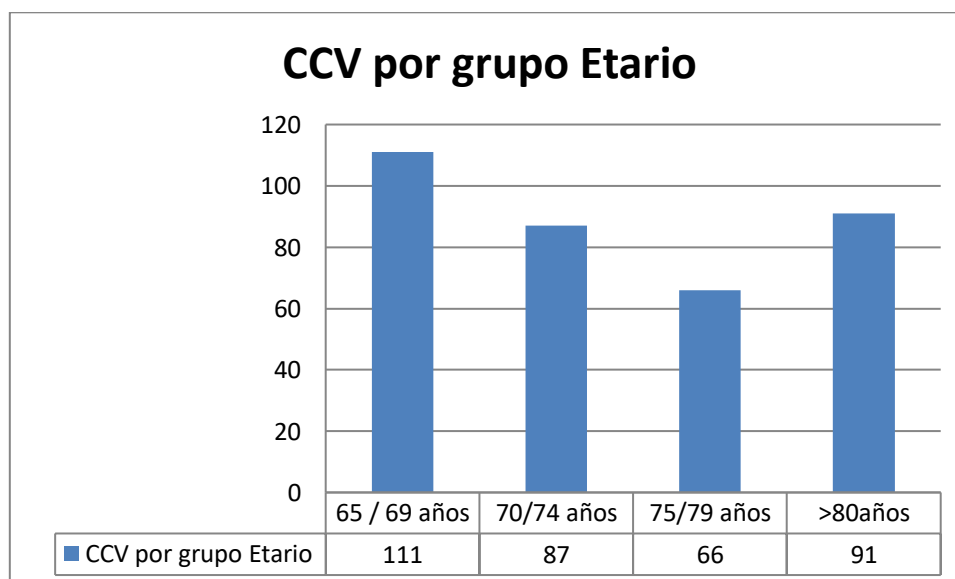
Tabla N° 01: Población Adulto Mayor Programa De Salud Cardiovascular, Según Patología. Comuna San José de Maipo. RESUMEN DE POBLACIÓN BAJO CONTROL 65 y más años

Resumen de población bajo control 65 y más años	ENERO A DICIEMBRE 2016	% según total de población
TOTAL PBC HTA	168 usuarios	49%
TOTAL PBC DM	60 usuarios	17%
TOTAL PBC DISLIPIDÉMICOS	116 usuarios	34%

El análisis de la población de acuerdo a la patología cardiovascular que los afecta, nos da a conocer que la mayor parte de la población de adultos mayores, tienen como patología principal la hipertensión y dislipidemia. Del total de personas bajo control (221 pacientes adultos mayores) un 49% corresponde a HTA, un 17% de la población DM2 y un 34% del total son dislipidemicos.

Tabla N° 02: Número de Controles de La Población Adulto Mayor Según Problema De Salud Cardiovascular, Comuna San José de Maipo.

Diferenciación por Postas



Número De Controles de la población Adulto Mayor Enero a Agosto 2016

TIPO DE CONTROL 65 AÑOS Y MÁS	PROFESIONAL	TOTAL
Salud cardiovascular	Médico	201
	Enfermera	88
	Nutricionista	52

De un total de 341 atenciones a adultos mayores de programa cardiovascular de Enero a Agosto del 2016, un 59% es realizado por el médico, 26% por enfermería y un 15% por nutricionista.

Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

Propósito:

Contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar su calidad de vida.

Desde julio del presente año, se incorporó un nuevo grupo de beneficiarios del programa: Adultos mayores entre 65 a 69 años que según EMPAM (examen de medicina preventiva del adulto mayor), clasifique como autovalente con riesgo, riesgo de dependencia o dependencia.

Tabla N° 03: Distribución De Crema Años Dorados Y Bebida Láctea (Kgs. De Alimentos)

Durante el año 2015 nuestras Postas entregaron:

Crema Años Dorados	681 kilos
Bebida Láctea	681 kilos
Total alimentos entregados:	1.362 kilos

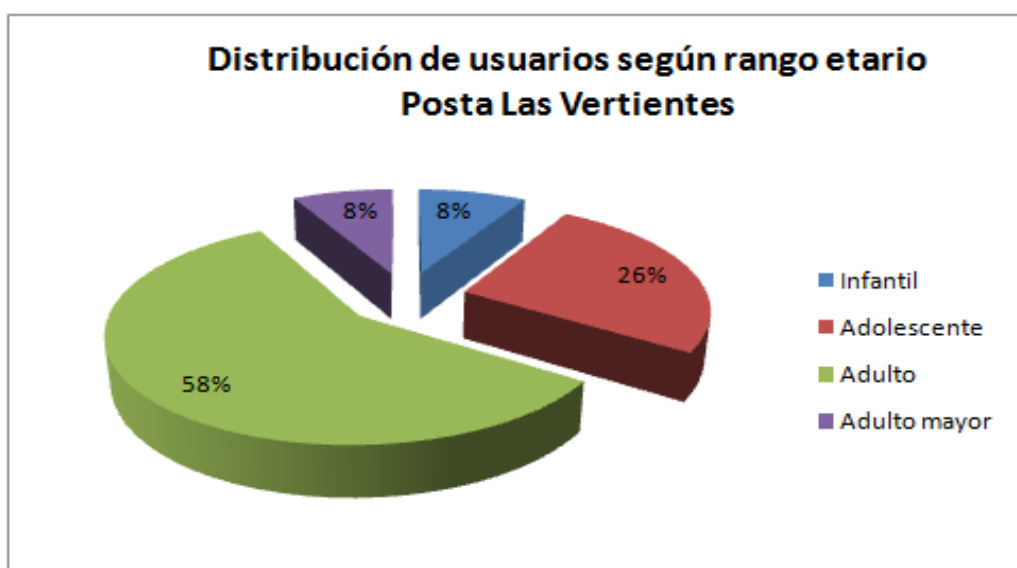
5.28 Salud Mental Adulto Mayor

Salud Mental del Adultos Mayores

El Programa de Salud Mental se encuentra centrado en el Modelo de Salud Familiar, considerando los determinantes sociales en la promoción de la salud y reforzando los factores protectores familiares y/o comunitarios en las intervenciones.

La dupla Psicosocial de Salud Mental participa activamente en Política de Estado Chile Crece Contigo, realizando intervenciones preventivas, terapéuticas y visitas domiciliarias integrales a madres y familias con factores de riesgo.

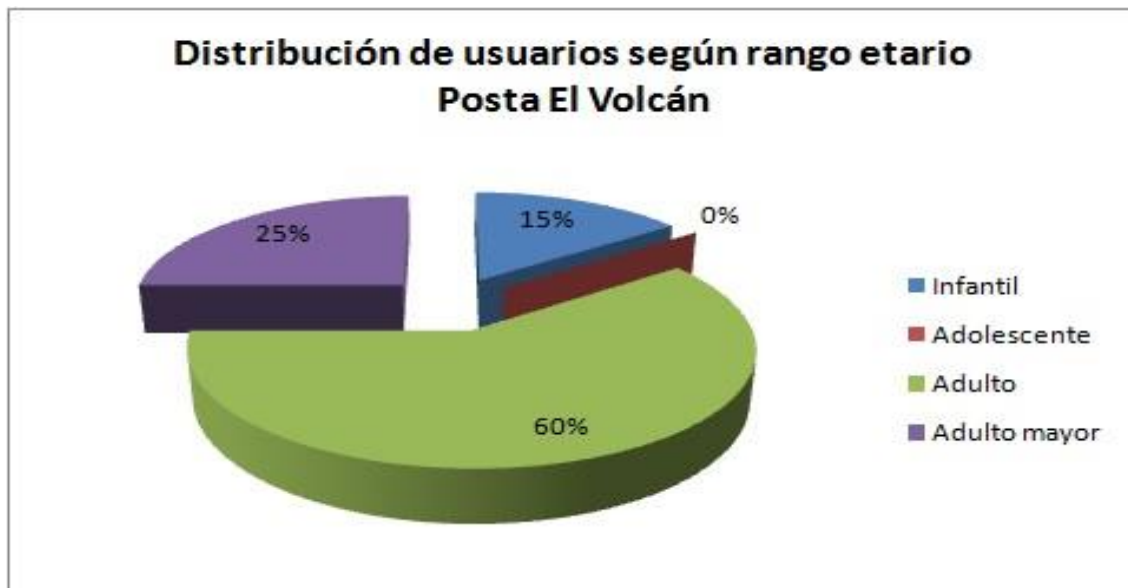
Encargada de Salud Mental realizó Protocolos de Abordaje de Crisis Normativas y No Normativas en general, Protocolo Abordaje Crisis Normativa Familias con Hijos Adolescentes, Protocolo Crisis No Normativa Acompañamiento a familias con integrantes hospitalizados. Aplicados en las atenciones correspondientes por dupla psicosocial.



En posta Las Vertientes la población adulta mayor representa al 8% de los usuarios en control en Programa Salud Mental.



En posta San Gabriel la población adulta mayor representa el 19% de los usuarios en control en Programa de Salud Mental.



En Posta El Volcán la población adulta mayor corresponde al 25 % del total de usuarios en tratamiento en programa de Salud Mental

Tratamiento

En las tres Postas de Salud Rural ha habido un aumento en las consultas de adultos mayores que han recibido tratamiento en salud mental, muy significativo en Posta Las Vertientes, según muestra la Tabla ??, con análisis realizado considerando mismo período de tiempo, Enero a Septiembre.

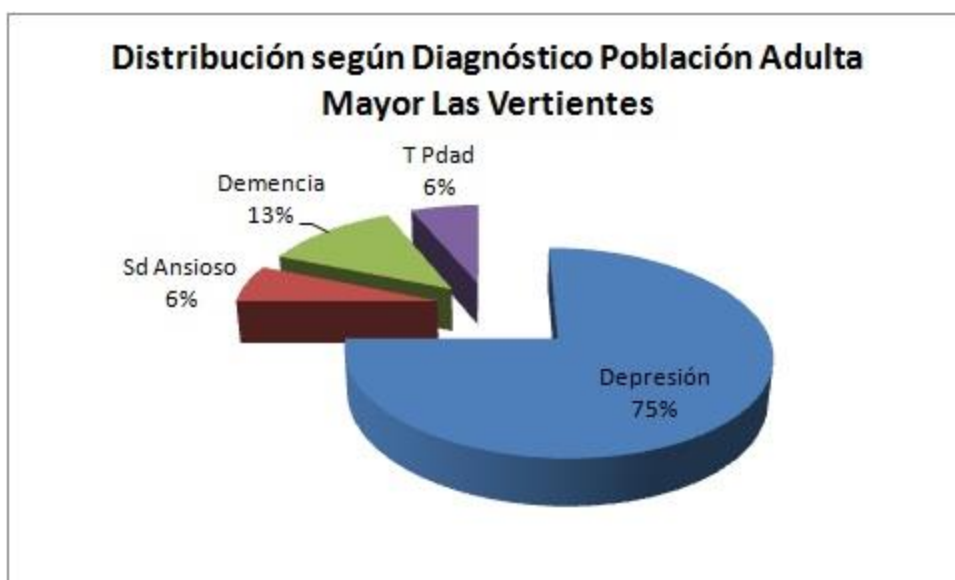
Tabla ? Comparación Postas con corte Septiembre

Comparación Población Adulta Mayor Bajo Control cortes Septiembre			
POSTA	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Posta Las Vertientes	43	52	101
Posta San Gabriel	14	37	49
Posta El Volcán	2	4	6

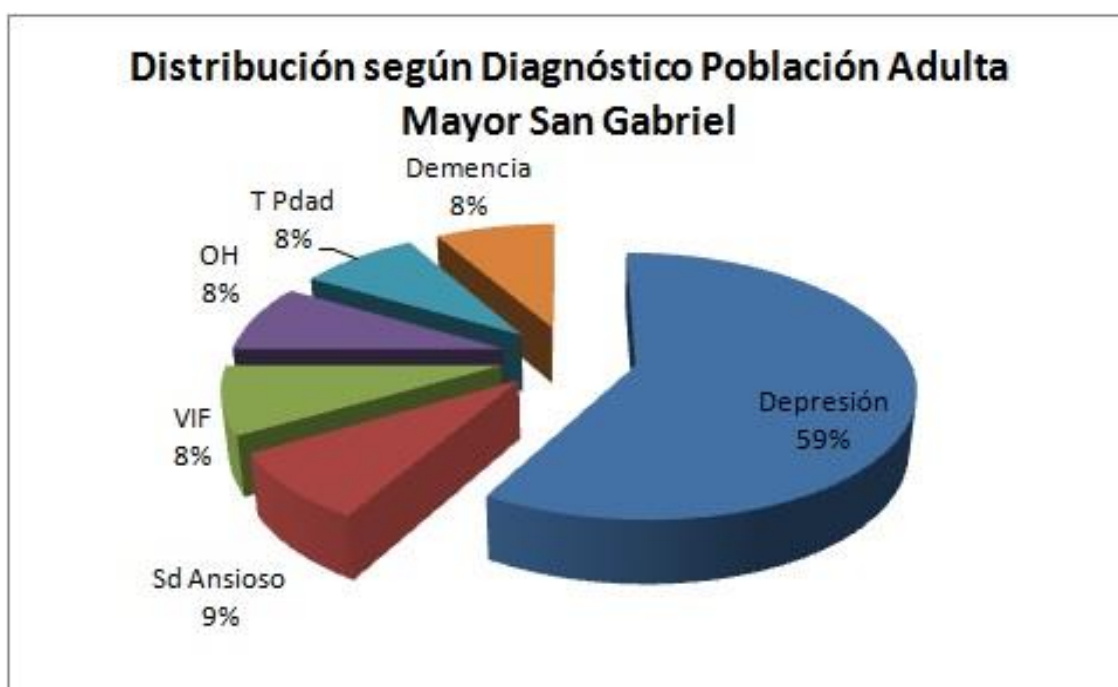
Además de atenciones clínicas, se realizan visitas domiciliarias integrales de salud mental según pertinencia, por parte de dupla Trabajadora Social y Psicóloga.

En problemáticas de salud mental de mayor complejidad, se efectúa presentación de casos en Consultorías Psiquiátricas y multiprofesional en COSAM de San José de Maipo, además de realizar derivación asistida tanto a COSAM como a Hospital Sótero del Río. Las urgencias psiquiátricas siguen siendo a Hospital Barros Luco, existiendo flujograma de derivación. El presente año fue derivado e internado un usuario de San Gabriel, con demencia.

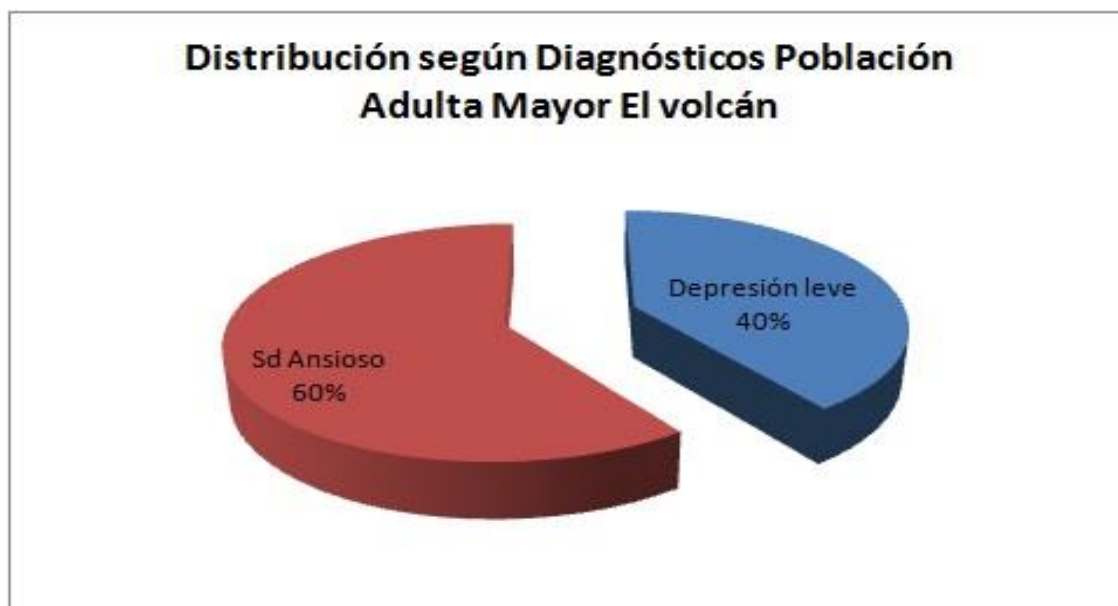
Respecto de los diagnósticos tratados, encontramos que:



En Posta Las Vertientes en cuanto a las problemáticas de salud mental abordadas, como muestra el Gráfico ?? el diagnóstico con mayor prevalencia, es Depresión en el Adulto Mayor, en muchos de esos casos han sido derivados al ser pesquisados en la realización de EMPAM, al aplicar Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage con resultado alterado; seguido por Demencia, que corresponde a 2 casos, derivados a COSAM y a CDT Hospital Sótero del Río; en cuarto lugar Trastorno Ansioso y de Personalidad, estos últimos deben ser abordados en APS porque COSAM no cuenta dentro de sus prestaciones la atención de esta patología.



En Posta San Gabriel respecto a problemáticas de salud mental, como muestra el Gráfico ?? el diagnóstico de mayor prevalencia es Depresión, pesquisados en su mayoría también en aplicación de EMPAM, seguido por Síndrome Ansioso, el tercer lugar lo comparten Trastorno de personalidad, problema de consumo de alcohol, demencia y Violencia de género correspondiente a factores de riesgo y condicionantes de la salud mental, correspondiente a un caso vivido por años y que cesó porque el cónyuge está internado por diagnóstico de demencia. Realizándose visitas de seguimiento integrales y en dupla psicosocial.



En Posta El Volcán el diagnóstico de mayor prevalencia es Síndrome Ansioso, seguido por Depresión leve.

En su mayoría los adultos mayores con problemáticas de salud mental o viven solos o con cónyuge, ya que los hijos y nietos han migrado en busca de mejores expectativas de vida. La mayoría tiene como factor protector la red de Club adultos mayores. Ya que en el pueblo El Volcán se dan condiciones de mayor vulnerabilidad, por la altura, lejanía geográfica de lugares para proveerse de alimentos de mejor calidad, así como insumos básicos, sumado a las dificultades para trasladarse, con locomoción sólo dos veces al día y/o por dificultad para desplazarse por sí solos. Muchas veces deben conseguir con algún vecino que oficie de taxi, pagando sumas de dinero importante para poder dirigirse a sus pagos de jubilaciones a San José, así como a centros de salud de emergencia y especialidad.

5.19 Rehabilitación Física en el Adulto Mayor (artrosis Ges)

Rehabilitación Integral En personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla Leve o Moderada

Antecedentes

La importancia de la Artrosis radica en su alta frecuencia, las molestias que ocasiona a quienes la padecen y el importante deterioro funcional que suele asociarse al compromiso de rodillas y/o caderas.

Prevalencia

La prevalencia de la Artrosis aumenta con la edad. En estudios de necropsias la Artrosis es casi universal en mayores de 65 años (1).

Incidencia

Los datos a nivel mundial son escasos. En Artrosis de caderas, se han reportado valores de 47 hasta 88 casos por 100.000 habitantes, mientras que para la rodilla se han estimado incidencias entre 164 y 240/100.000 (2, 3).

A nivel nacional, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud, realizada el 2003, un 3,8% de la población adulta refiere padecer de Artrosis (auto reporte), siendo más frecuente en las mujeres y mayor a medida que aumenta la edad (4).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la Artrosis son bastantes, dentro de los cuales encontramos el factor de envejecimiento, por lo tanto comúnmente se denomina como una enfermedad degenerativa, pero es mucho más que eso. Los otros factores son:

- Factor Hereditario
- Obesidad
- Variables reproductivas
- Osteoporosis

Y los determinados por el factor biomecánico:

- Forma articular
- Tipo de trabajo
- Trauma
- Deportes

Objetivo del Programa

“Entregar atención a pacientes con Artrosis leve y moderada de rodilla y caderas, bajo el régimen de garantías explícitas”

Objetivos Específicos

- Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de las personas de 55 años y más.
- Contribuir a enfrentar los desafíos del envejecimiento en la población.
- Entregar recomendaciones sobre diagnóstico y especialmente el tratamiento de pacientes adultos, mayores de 55 años, con artrosis leve o moderada de rodilla o cadera, conducente a minimizar la morbilidad y consecuencias asociadas a la enfermedad.

Prestaciones

Las prestaciones en nuestros centros de salud incluyen tratamiento médico y farmacológico de acuerdo a lo que indican las guías clínicas y Tratamiento de Rehabilitación a cargo de Kinesiólogo, con 6 horas a la semana, donde se incluyen:

- Talleres educativos y preventivos a usuarios y cuidadores
- Sesiones de Rehabilitación

- Educación y evaluación de ayudas técnicas
- Visitas Integrales en el hogar.

El año 2015 se incluyeron 10 usuarios al programa. Pensando en la incidencia a nivel mundial, y el rango etario, se llega a la conclusión de que las horas destinadas al tratamiento rehabilitador de estos usuarios es insuficiente. Aun así, se logra dar de alta kinésica al el 40% de estos pacientes, quienes logran funcionalidad adecuada y mejor control del dolor.

El año 2016 ingresan al programa 11 usuarios mayores de 65 años, quienes se encuentran actualmente en tratamiento y han participado activamente de las educaciones grupales.

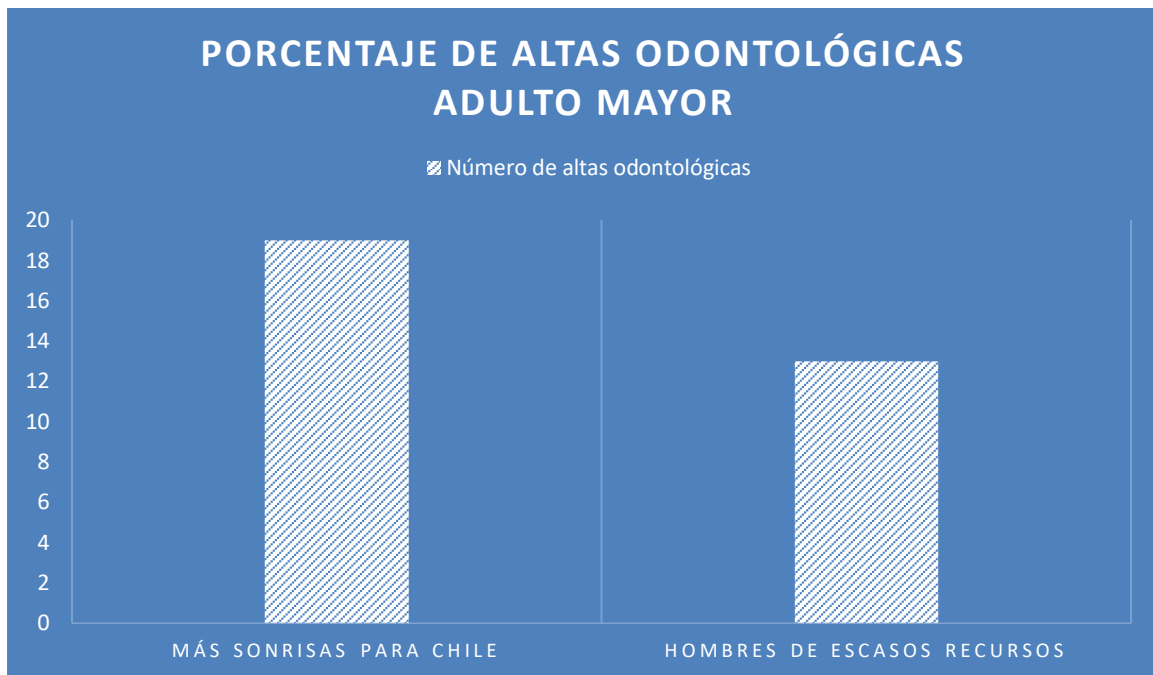
Salud Oral del adulto mayor

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en el conocimiento, han permitido orientar la atención de salud de este grupo etario, dentro de un enfoque anticipatorio y preventivo, dirigido a la mantención de la salud oral. Dicho de otra manera, antes de que se instale el daño.

Actualmente se observa un cambio en la pirámide poblacional, en que se proyecta la disminución de la población infantil y adolescente, por lo que se estima que al año 2020 la población mayor de 60 años alcanzará el 17,6%, lo que se traduce en un reto para nuestro sistema de salud. (CEPAL, 2011).

En el año 2016, nuestra población adulta mayor corresponde a 261 usuarios inscritos validados. Ellos reciben atención odontológica en los programas especiales “Más sonrisas para Chile”, “Mejoramiento del acceso odontológico, componente mayores de 20 años” y “Hombres de escasos recursos”.

En el siguiente gráfico se puede observar el porcentaje de altas odontológicas otorgadas a usuarios adultos mayores en los programas “Más Sonrisas para Chile” y “Hombres de escasos recursos”, respecto al total de altas realizadas a agosto del 2016.



Atención domiciliaria usuarios con dependencia severa:

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia No Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia ra: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel (Evaluación de actividades básicas de la vida diaria); y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

Población bajo control atendido en el Programa

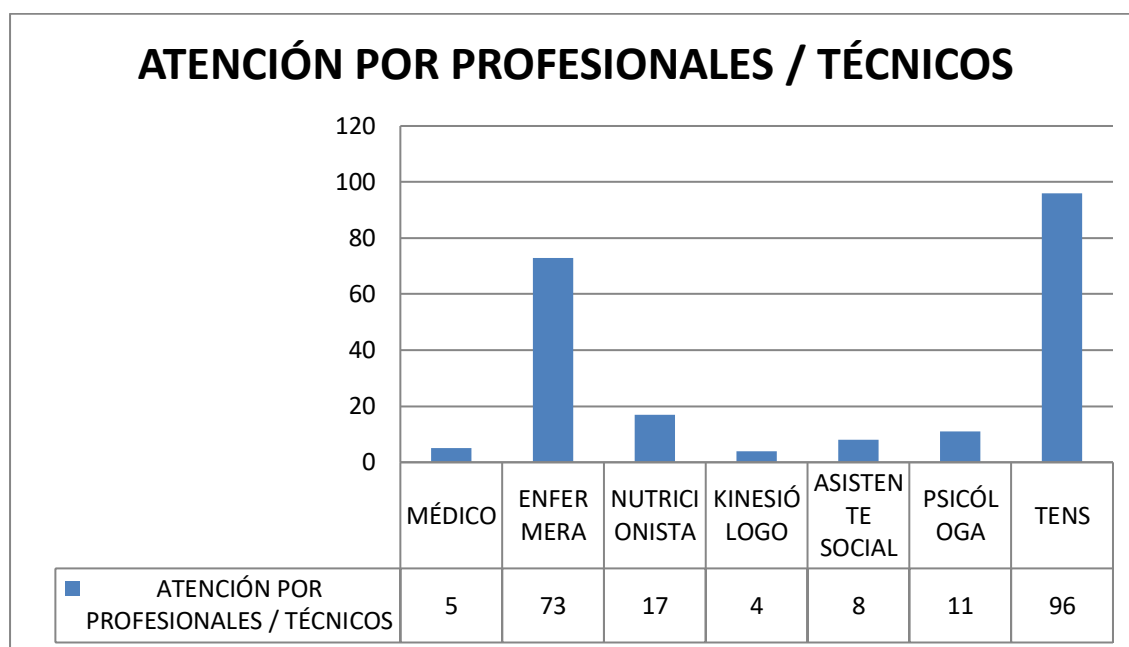
Agosto 2016	Total	Hombres	Mujeres
Atención Domiciliaria Por Dependencia Severa	13	5	8
Usuarios que clasifican para recibir Estipendio	6	4	2

En los centros de salud existen inscritos 13 personas adultas mayores que reciben cuidados en el domicilio, de ellos el 46% calificarían para recibir el beneficio de apoyo monetario al cuidador de paciente con discapacidad severa que son cuidados por su familia, donde los requisitos son pertenecer a FONASA A, evaluación a través de índice de BARTHEL Y clasificación del registro social del hogar.

TOTAL DE CONTROLES REALIZADOS POR PROFESIONAL DE ENERO - AGOSTO 2016

PROFESIONALES / TÉCNICOS	NÚMERO DE ATENCIONES ENERO – SEPTIEMBRE 2016
MÉDICO	5 ATENCIONES EN DOMICILIO
ENFERMERA	73 ATENCIONES EN DOMICILIO
NUTRICIONISTA	17 ATENCIONES EN DOMICILIO
KINESIÓLOGO	04 ATENCIONES EN DOMICILIO
ASISTENTE SOCIAL	08 ATENCIONES EN DOMICILIO
PSICÓLOGA	11 ATENCIONES EN DOMICILIO
TENS	96 ATENCIONES EN DOMICILIO
VICITA DOMICILIARIA INTEGRAL	04 ATENCIONES EN DOMICILIO

GRÁFICO DE ATENCIONES POR PROFESIONAL



En relación a las consultas realizadas de enero a la fecha, podemos identificar que existe un mayor porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por Enfermera y TENS, esto se debe a que se mantiene una evaluación semanal de los pacientes pertenecientes al programa, en donde se realizan diversas actividades, tanto como asistenciales como educacionales, fortaleciendo distintas áreas que sean factores de riesgo para la salud de los usuarios y sus familias.

Las visitas se realizaron:

SOS: Según las necesidades que se detecten, con previo antecedentes de los usuarios

Semestral

- Enfermero
- Kinesiólogo
- Dupla Psicosocial

Equipo: Atención Domiciliaria Integral

- Enfermero
- Medico
- Kinesiólogo
- Dupla Psicosocial
- Tens

Proyecciones 2017

Programa del adulto mayor

- Aumento en la realización de actividades designadas a promover y difundir distintas prácticas, tales como, alimentación saludable, actividad física, estimulación del área cognitiva y otras actividades relacionadas con las necesidades observadas en nuestra comunidad, con la finalidad de promover el envejecimiento activo de la población adulto mayor.
- Coordinar con el equipo de kinesiología visitas durante las reuniones de los adultos mayores de nuestra comunidad, que son efectuadas cada 15 días, para realizar actividades de relajación en el punto de encuentro al menos una vez cada dos meses.
- Incentivar a los AM a que asistan a sus controles, difundiendo la importancia de la detección precoz de patologías asociadas a esta etapa de la vida, realizando 1 actividad cada tres meses en cada una de nuestras postas.
- Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA y DM, al menos en un 3% en comparación con el año anterior, en personas de 65 y más años.
- Fortalecimiento del rescate de pacientes inasistentes al Programa de Salud Cardiovascular, aumentando al menos en un 2% a los pacientes que se mantenían sin control correspondiente.
- Mantención de los controles del PSCV, a usuarios del programa de Atención Domiciliaria y Dependencia Severa
- Aumento del 20% en relación a la información entregada sobre el ejercicio de la sexualidad con enfoque de riesgo a personas AM, realizando consejerías breves de prevención a usuarios sexualmente activos y facilitando la toma de exámenes para el diagnóstico de patologías asociadas a la vida sexual.
- Aumentar en un 30% las consultorias en Salud Mental, además de las pesquisas de Alzheimer y otras demencias en usuarios de 65 años y más, así también

mantener controles al día de atenciones por depresión leve, moderada y severa, recibiendo tratamiento GES.

- Mantención del cumplimiento de realización de estimación de riesgo de ulceración del pie en personas con DM.

Anexos



6 TRANSVERSALES

6.1 Evaluación Metas Sanitaria año 2015

Establecimiento	Meta1	Meta2	Meta 3 A	Meta 3 B	Meta 3 C	Meta 4
	Recuperación DSM	Cobertura PAP	Cobertura alta Odontológica 12 años	Cobertura alta Odontológica Embarazadas	Cobertura alta Odontológica 6 años	Cobertura efectiva DM 2
Postas Rurales SJM	166%	81%	91.67%	86.67%	82.76%	22.47%

Establecimiento	Meta 5	Meta 6	Meta 7	Meta 8	Total componentes
	Cobertura efectiva HTA	Lactancia Materna exclusiva	C D L	Cobertura Pie Diabético	
Postas Rurales SJM	49.41%	80%	100%	93.33%	97.63%

6.1 Evaluación Meta Sanitaria Octubre 2016

N°	Meta	Meta 2016	Cumplimiento
1	Recuperación DSM	90%	91%
2	Cobertura PAP	25%	
3-A	Cobertura alta odontológica niños 12 años	80%	95%
3-B	Cobertura altas odontológicas embarazadas	68%	34%
3-C	Cobertura alta odontológica niños 6 años	83%	105%
4	Cobertura efectiva DM 2	21%	24%
5	Cobertura efectiva HTA	50%	66%
6	Lactancia materna exclusiva	63%	80%
7	C-D-L	100%	100%
8	Cobertura PIE diabético	90%	65%

Evaluación cumplimiento GES

Para el quehacer sanitario es central garantizar el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad respecto a las dificultades de salud que son prioridad nacional y aquellas prestaciones orientadas y creadas para su adecuada y oportuna resolución. Dicho lo anterior es importante señalar que a partir del mes de julio del año 2013 existen 80 problemas de salud dentro del régimen. Se destacan procesos de gran relevancia, tales como la sospecha fundada, la derivación oportuna y adecuada (pertinencia) y desde luego que todo lo tratado responda a un protocolo claro y siempre validado.

En 2014 El Área de Salud comenzó a diseñar varios procesos de mejora a cargo de la Dirección y entre ellos, la articulación interna para el cumplimiento de las Garantías se visualizó como FUNDAMENTAL, puesto que existían una serie de brechas necesarias de superar. Entre las brechas se detectó la falta de horas protegidas con personal contratado para SIGGES y una serie de dificultades generales; por tanto a partir del año ya mencionado se ha trabajado en las siguientes:

- Formalización de Médico contralor
- Formalización de Cirujano dentista contralor
- TENS con horas exclusivas para trabajo administrativo
- Revisión de situación, solicitud de capacitación y acompañamiento al SSMSO
- Mantención de formularios vigentes

Si bien el proceso no ha sido sencillo, se observan cambios positivos que finalmente se traducen en mejor atención y mayor seguridad para la comunidad usuaria.

Cumplimiento del plan de mejora GES	Brechas plan de mejoras GES
Mantención formularios vigentes (elaborados, programados según cálculo de uso y distribuidos)	Digitador de apoyo
Contratación TENS SIGGES (9 horas semanales)	13 horas RRHH TENS SIGGES
Acompañamiento y revisión con SSMSO	
Formalización profesionales médicos	

Datos generales

A continuación se presentan datos del año 2016 respecto de Garantías vencidas, cerradas y casos activos, sospechas, Interconsultas y

- Garantías cerradas al 30 de septiembre 2016 = 21
- Casos en sospecha CACU al 30 de septiembre 2016 = 20
- Casos activos epilepsia no refractaria 15 años o + al 30 de septiembre 2016 =

IC a CHDSR últimos tres meses (corte septiembre 2016):

Mes	Cantidad	Especialidad
Julio	15	Cataratas (x5) DM2 (x3) Tratamiento de <i>elicobacter pylori</i> (x1) Vicios de refracción (x2) Hipoacusia adulto (x3) Cáncer de testículo en adulto caso en sospecha y proceso de diagnóstico (x1)
Agosto	14	Retinopatía diabética (X1) Hipoacusia bilateral adulto uso de audífono requerido (X2) Cataratas en proceso de diagnóstico (X3) DM2 (X3)
Septiembre	5	Cardiopatía congénita operable (X1) Vicios de refracción (X1) Hipoacusia bilateral del adulto con uso de audífono (X1) Epilepsia no refractaria 15 años o + (X1) Estrabismo (X1)

6.2 Satisfacción Usuaría.

Encuestas de evaluación y satisfacción usuaria

La gestión de la calidad no sólo se debe planificar desde la perspectiva técnica de los equipos de las Postas de Salud Rural, sino que también se debe reconocer la valoración de parte de los usuarios como parte del proceso de mejoramiento de los servicios, basada en las estrategias de participación social propiciadas por el Ministerio de Salud desde el año 1995. (MINSAL)

Las encuestas de satisfacción usuaria pretenden minimizar estos prejuicios y son una herramienta de búsqueda activa, de la opinión a través de un método científico y estrategias validadas, que permitan la comparación con otras instituciones públicas o privadas y las tendencias en el tiempo, según los planes de mejora implementados.

En las Postas de Salud Rural se han aplicado desde el año 2014 encuestas de satisfacción usuaria, a través del trabajo en conjunto del equipo, Consejo de Usuarios y el Comité de Gestión de usuarios. A partir de estos resultados, se pudo detectar que el principal problema expresado por la comunidad, es la falta de horas médicas y la falta de horas de profesionales, la gestión de agenda, mejoras en infraestructura, y en un porcentaje menor tiempo de espera en la atención.

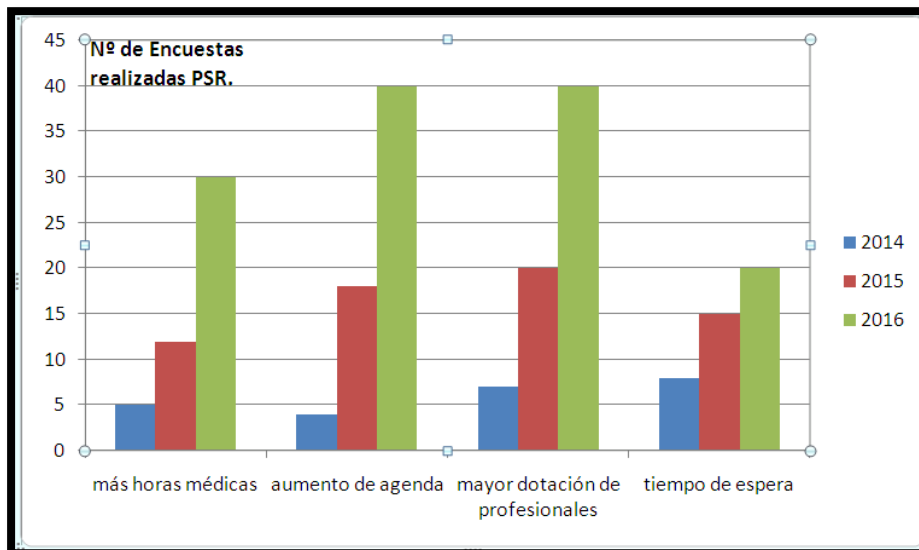
Para mejorar las principales problemáticas evidenciadas por los usuarios es que desde el año 2014 a manos de la nueva dirección de las Postas Rurales, - se generó un plan de acción para mejorar estas brechas

Principales brechas Observadas en encuestas de satisfacción usuaria para generar plan de acción a corto o largo plazo.

Evaluación de encuesta con notas bajo 5 de una escala de 1-7				
Horas médicas	Gestión de agenda	Más profesionales	Tiempo de espera	Medios de transporte
Principales fortalezhas Observadas en encuesta de satisfacción usuaria para generar plan de acción y potenciar las buenas prácticas				

Evaluación de encuesta con notas sobre 5 de una escala de 1-7				
Trato al Usuario	Empatía de los funcionarios	Limpieza de entorno y servicios higiénicos	Atención de primera línea SOME	Entrega de Fármacos

Satisfacción de Usuarios desde 2014-2016



El gráfico determina que la gestión y las mejoras en la calidad de la atención han generado mejoras notables en la satisfacción de nuestros usuarios y usuarias de las Postas Rurales.

La última encuesta realizada primer semestre determino que en una escala de 1 a 7 en índice de satisfacción de las 60 Encuestas realizadas, 40 calificaron entre nota 6 y 7 lo que significa que están satisfechos con la atención y las mejoras vistas en las Postas de Salud Rural

Solicitudes ciudadanas

Las Postas de salud rural pertenecientes a la corporación municipal de San José de Maipo desarrollan espacios de atención focalizados en escuchar, orientar, facilitar y custodiar los derechos de los ciudadanos en cuanto a la entrega de información, clara y oportuna, se acoge la atención de solicitudes ciudadanas (consultas, solicitudes, sugerencias, reclamos, felicitaciones, denuncias) resguardando el cumplimiento de plazos establecidos en la Normativa Legal Vigente.

La oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (O.I.R.S) constituye la puerta de entrada de los usuarios a las postas de Salud Rural CMSJM, siendo esta la primera instancia de participación ciudadana y primer punto de contacto, punto de mediación entre nuestros usuarios y sus familias.

A continuación se presentará un resumen de todas las solicitudes ciudadanas hasta el corte de Septiembre, lo que se busca con este proceso es mejorar la calidad de atención a nuestros y usuarias; asumiendo el desafío que supone la correcta implementación de nuestras Postas.

SOLICITUDES CIUDADANAS.

Este año 2016 se ha logrado analizar las Solicitudes Ciudadanas, con el propósito de detectar brechas críticas que se presentan en las postas de Salud Rural CMSJM, con esto logramos definir mecanismos de intervención y planes de mejora que han favorecido la satisfacción de nuestros usuarios.

Desde enero hasta septiembre han tipificado 10 felicitaciones, 21 reclamos y 12 sugerencias.

Felicitaciones



Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1	2	0	1	2	2	1	1	0

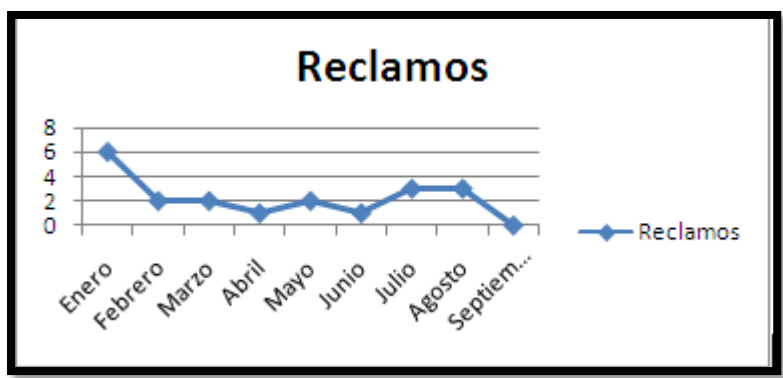
Total: 10

Se destacan las felicitaciones para nuestro equipo de salud, por clasificación de trato al usuario y por competencias técnicas.

Los usuarios enfatizan la buena atención que reciben por parte de ciertos profesionales (dental: Médico, enfermera y TENS)

La nueva dirección y el equipo de salud buscan garantizar una atención de calidad.

Reclamos.

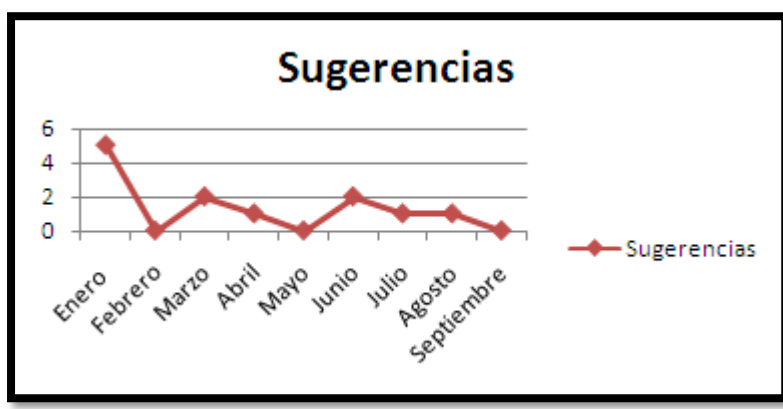


Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
6	2	2	1	2	1	3	3	0

Total: 21

Dentro de los reclamos los que más se registran es por falta de información, se han generado estrategias al respecto, como informar a través de los videos , se está trabajando en conjunto con orientadora de sala MAU, realizar charlas en la sala de espera para entregar información y que la comunidad conozca las prestaciones que se entregan en APS

Sugerencias.

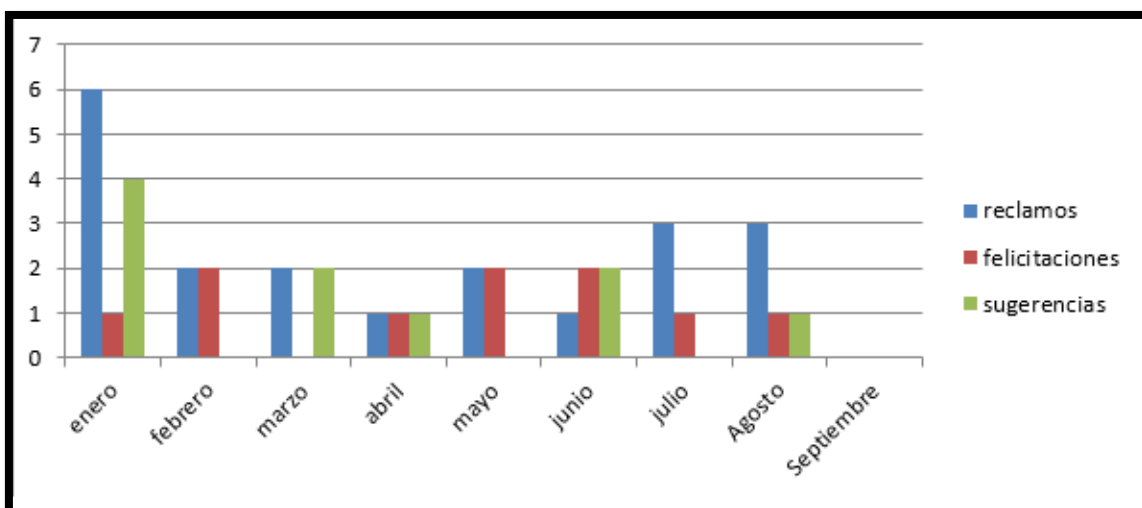


Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
5	0	2	1	0	2	1	1	0

Total: 12

La sugerencia es en relación a buscar estrategias para informar, entregar información respecto a convenios, programas y todo lo relativo a las funciones de las Postas Rurales.

Gráfico totalidad de 40 solicitudes ciudadanas año 2016 corte Septiembre.



profesionales en los meses de Enero y Febrero, se tomaron medidas estratégicas de inmediato, al visualizar el gráfico se observa que en el mes de Febrero no existen reclamos ya que se equilibrio el porcentaje de profesionales autorizados para toma de feriados legales, con el objetivo de no perjudicar la atención y entrega de beneficios hacia la comunidad.

6.3 FARMACIA Y BODEGAS COMUNALES PSR SJM 2016

Según las normas técnicas vigentes y en específico la Norma Técnica general N°12 "Organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en APS [1]", se plantea y define a la unidad de farmacia como el lugar donde se realizan un conjunto de prestaciones y servicios farmacéuticos a la población, tales como dispensación, educación, gestión y apoyo a cada una de las prestaciones de salud que implique el uso de medicamentos.

Estas funciones tienen un claro objetivo, que es ser partícipes de las actividades de promoción, fomento y educación relativa al uso de los medicamentos, estableciendo un claro rol social en nuestra comunidad. De esta manera se nos presenta un objetivo muy claro, que es lograr establecer un enfoque social, clínico y educativo con respecto al uso racional de medicamento e insumos médicos. Esto se logra a través de claras estrategias de organización, implementación, desarrollo y activo rol social, que permiten establecer las reales necesidades de nuestras comunidades en conjunto con el equipo de salud que forman parte de nuestros centros.

A partir de este año, nuestra comuna ha realizado un conjunto de cambios organizacionales y estructurales, con el fin de mejorar la gestión de cada uno de nuestros centros de salud. Todo esto, con el fin de generar mejor estrategias de

salud para nuestros pacientes, optimizar recursos y generar orden en cada uno de nuestros procesos, aspectos que son clave para nuestra gestión comunal.

Dentro de estos cambios, nuestra comuna ha considerado la unidad de farmacia comunal, como uno de los ejes principales a optimizar, dada la alta repercusión económica y social que posee, la cual la basa en los siguientes objetivos principales:

- I. Orden, centralización y estandarización de servicios farmacéuticos tanto en insumos como en medicamentos en cada uno de nuestros centros de salud.
- II. Fortalecer el uso racional de medicamentos, a través de protocolos de utilización, estrategias de no automedicación y atención farmacéutica a nuestros pacientes.

De esta forma el programa **FOFAR**, viene a establecer un apoyo sustancial a estos objetivos establecidos, enfocándose principalmente en garantías de calidad y disponibilidad de tratamientos farmacológicos para las patologías cardiovasculares de nuestra población, que por cierto son las de mayor prevalencia en nuestra comuna.

- **Diabetes Mellitus tipo 2**

- **Hipertensión arterial**

- **Dislipidemia (colesterol alto)**

Además de la entrega de medicamentos, el Fondo de Farmacia incluye otras estrategias complementarias:

- **Adherencia al tratamiento:** Apoyo a los pacientes recordándoles sus citas médicas y la toma de medicamentos en forma mensual. Además, se entregará material de apoyo a la adherencia farmacológica a cada uno de estos pacientes (pastilleros, refrigerantes y bolsos térmicos para transporte seguro de insulinas, entre otros).
- **Gestión de reclamos:** En caso de que un medicamento no esté disponible, el paciente o familiar puede hacer su reclamo y en 24 horas hábiles le entregarán su medicamento.
- **Gestión Farmacéutica:** Análisis de costo/efectividad, vencimientos, modificaciones de arsenales farmacológicos, incorporación de más y mejores fármacos, entre otros.
- **Gestión clínica:** Participación clínica activa en el equipo de salud, en la atención de pacientes de los centros de salud.

Para lograr los objetivos propuestos en este plan de salud se cuenta con el siguiente equipo de trabajo:

Nicole Dayhan Guardia Guerrero (TENS Farmacia)

Miguel Andrés Vilches Contreras (TENS Farmacia)

Alexis Antonio Vásquez Arce (QF)

El cual desempeña las estrategias anteriormente mencionadas, en las tres posta comunales (PSR Las Vertientes , PSR San Gabriel y PSR El Volcán), para garantizar cobertura completa a cada una de ellas.

A continuación se expondrán los avances logrados en 2016 y proyectos estipulados para 2017 , basados en las estadísticas FOFAR MINSAL disponibles en plataforma web ministerial

. <http://fofar.minsal.cl:7001/formularioWeb/>

➤ Resultados FOFAR corte enero- septiembre 2016.

Tabla N°1: Resumen estadístico de despacho recetas FOFAR corte Enero-Septiembre 2016 .						
MES	PSR Las Vertientes		PSR San Gabriel		PSR El Volcán	
	*Recetas completas	**Recetas incompletas	*Recetas completas	**Recetas incompletas	*Recetas completa	**Recetas incompletas
Enero	190	0	52	0	16	0
Febrero	160	0	48	0	29	0
Marzo	195	0	51	0	25	0
Abril	196	0	61	0	29	0
Mayo	233	0	76	0	33	0
Junio	207	0	59	0	35	0
Julio	235	0	62	0	27	0
Agosto	223	0	64	0	37	0
Septiembre	205	0	60	0	29	0
Total	1844	0	533	0	260	0

* Recetas FOFAR despachadas de forma completa y en un plazo máximo de 24 horas. ** Recetas despachadas incompletamente o en tiempo mayor a 24 horas.
Fuente : <http://fofar.minsal.cl:7001/formularioWeb/index.jsp>

La tabla N°1 nos muestra la cantidad de recetas despachadas entre los meses de Enero a Septiembre 2016, en Posta Las Vertientes , Posta San Gabriel y Posta El Volcán. En la misma también se muestra la cantidad de recetas despachadas de forma completa o incompleta mensualmente.

Como podemos apreciar se dispensaron más de 2.600 recetas de pacientes crónicos cardiovasculares, las cuales presentan un 100 % de despacho completo de medicamentos. Este cumplimiento del 100 % , se explica por los diversos mecanismos que se utilizan para evitar cualquier " quiebre" (quiebre = stock 0) en cada una de las postas. Estos mecanismo son inventarios centinelas , pedidos mensuales , análisis de consumos y por sobre todo comunicación semanal y directa con los técnicos residentes , para atender cualquier falta de medicamentos.

TABLA Nº 2 : CONSUMOS TOTALES MEDICAMENTOS FOFAR CORTE ENERO - SEPTIEMBRE 2016

MEDICAMENTO	PSR LAS VERTIENTES	PSR SAN GABRIEL	PSR VOLCAN	CONSUMO COMUNAL PSR
AA SALICILIC 100MG CM/CM REC/CM MAST/CP	12.761	3.179	2.552	18.491
AMLODIPINO 10 MG CM/CM REC.	0	0	0	0
AMLODIPINO 5 MG CM/CM REC.	4.283	1.080	304	5.667
ATENOLOL 100 MG	0	0	0	0
ATENOLOL 50 MG	7.442	1.161	844	9.447
ATORVASTATINA 10 MG	12.128	3.223	1.215	16.566
ATORVASTATINA 20 MG	27.321	5.445	3.724	36.489
CAPTAPRIL 25 MG	248	16	5	268
CARVEDIDOL 12,5 MG	410	0	0	410
CARVEDIDOL 25 MG	3.529	304	371	4.204
ENALAPRIL 10 MG	19.658	7.647	3.983	31.288
ENALAPRIL 20 MG	0	0	101	101
ENALAPRIL 5 MG	0	0	0	0
ESPIRONOLACTONA 25 MG	1.114	465	0	1.579
FUROSEMIDA 40 MG	6.795	1.562	2.322	10.679
GLIBENCLAMIDA 5 MG	10.733	2.295	1.744	14.771
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG	13.178	2.942	2.807	18.927
INSULINA NPH 100 UI/ML	183	52	19	255
INSULINA RÁPIDA 100 UI/ML	0	0	0	0
LOSARTÁN 50 MG	49.568	15.001	6.257	70.826
LOVASTATINA 20 MG	540	557	0	1.097
METFORMINA 850 MG	37.807	11.695	7.166	56.668
NIFEDIPINO 20 MG	10.353	2.644	2.663	15.660
PROPANOLOL 40 MG	4.511	666	538	5.715

Fuente : <http://fofar.minsal.cl:7001/formularioWeb/index.jsp>

La tabla Nº2 nos muestra los consumos totales de medicamentos FOFAR por Posta entre los meses de Enero y Septiembre 2016. Con respecto a las cantidades totales y tomando como base Posta Las Vertientes, los consumos de PSR San Gabriel y PSR El Volcán, representan un 30 % y 11 % respectivamente del consumo de Posta Las Vertientes. Esto se explicaría por la mayor cantidad de pacientes crónicos bajo control en Posta Las Vertientes (Recetas crónicas: 359) , en comparación con PSR San Gabriel (Recetas crónicas: 96) y Posta El Volcán (Recetas crónicas : 48).

Por otra parte, los 5 medicamentos más consumidos en las postas se indican en orden correlativo:

Losartán 50 mg (70.826 CM), Metformina 850 mg (56.668 CM), Atorvastatina 20 mg (36.489 CM), Enalapril 10 mg (31.208 CM), Hidroclorotiazida 50 mg (18.927 CM)

De estos consumos reportados, podemos deducir la mayor cantidad de pacientes Hipertensos que poseen nuestras postas , en comparación con los Diabéticos y Dislipidémicos. También se puede aseverar y bajo referencias de las guías clínicas de HTA y DMII MINSAL, que la mayoría de nuestros pacientes se encuentran en buen estado de compensación clínica y farmacológica , dado que los medicamentos anteriormente enumerados, son los de primera línea en tratamientos cardiovasculares según guías clínicas (Ausencia de B bloqueadores , Digitálicos, Bloqueadores de canales de Calcio e Insulinas en los más consumidos).

Mención aparte se hace del consumo de Atorvastatina 20 mg (36.489 CM) y Atorvastatina 10 mg (16.566 CM) , medicamentos de elección para el tratamientos de Dislipidemias. Su alto consumo , se explica por una alta población que posee índices lipídicos alterados , atribuible probablemente a una alimentación inadecuada , rica en grasas saturadas. Esto nos pone como desafío , establecer una estrategia de promoción y nutrición hacia nuestros usuarios , haciendo énfasis en la alimentación saludable y buenos hábitos alimenticios.

➤ Incorporación de nuevos Fármacos a Arsenal Farmacológico

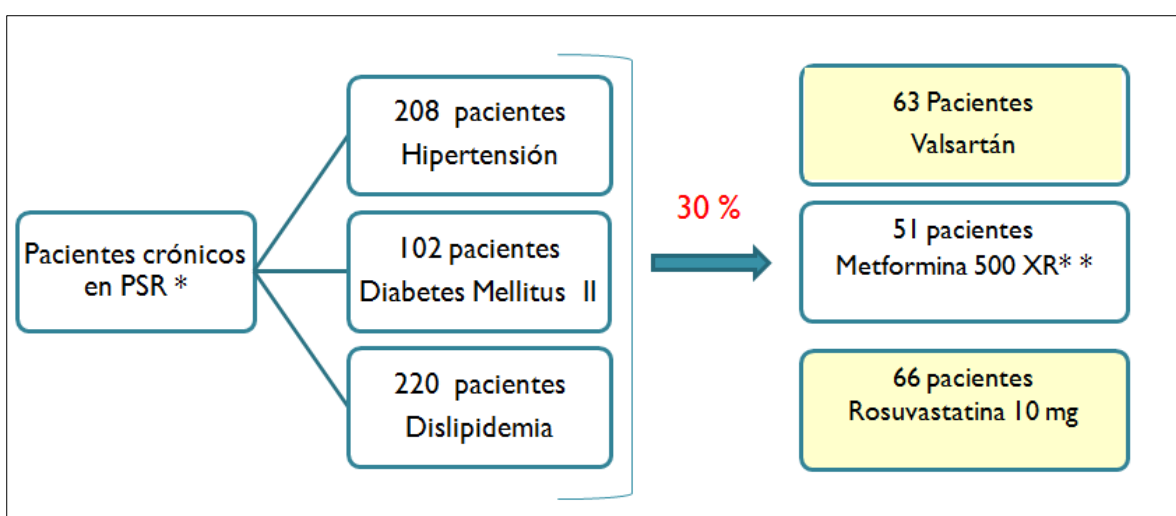
Dada la consolidación en el correcto uso del sistema de registro electrónico Rayén , permitió establecer por primera vez en dos años , una base de datos fidedigna de todos los consumos mensuales de fármacos e insumos en nuestras postas. De esta forma , se pudo establecer un sistema de compra basado en "consumos históricos" , que permitió hacer significativos ahorros en los procesos de compras a través de CENABAST.

PRESUPUESTO ANUAL DE FÁRMACOS INTERMEDIACIÓN CENABAST			
CENABAST	2015	2016	DIFERENCIA
Fármacos	\$ 15.036.481	\$ 13.343.409	\$ 1.693.072

Este ahorro monetario, sumado a la solicitud clínica hecha por el equipo médico, de incluir fármacos de mayor eficacia y potencia en el tratamiento de ECV más otras patologías de alta prevalencia , permitió reinvertir este excedente en 4 medicamentos de alto impacto clínico , que favorecerán el tratamiento y adherencia farmacológica de nuestros pacientes.

Éstos medicamentos fueron: Valsartán 80 mg CM, Rosuvastatina 10 mg CM y Pregabalina 75 mg CM, Levotiroxina 25 ug CM.

De esta forma y en conjunto con nuestro médico , se estableció una solicitud de compra para evaluar un proyecto de tratamiento farmacológico, que permitirá dar cobertura a la población con mayor riesgo clínico y también población con mayor problemas de adherencia a tratamiento.



Con este proyecto que actualmente está en curso , se entrega Valsartán 80 mg a pacientes hipertensos que posean problemas de adherencia , dado que Valsartán se debe tomar menos veces en el día , que otros medicamentos antihipertensivos [2] [3] [4] .

Por otra parte , Rosuvastatina 10 mg se entrega a pacientes que poseen perfiles lipídicos muy alterados y que no responden a Atorvastatina 20 mg o Lovastatina 20

mg . Su potencia y eficacia es su principal ventaja con respecto a las otras estatinas.

Con respecto a Metformina 500 XR, se hizo programación de este fármaco para el año 2017 , financiándose con los mismo arreglos presupuestarios entre 2016 y 2017. Su evaluación e impacto clínico se evaluará el próximo año.

Levotiroxina 25 ug CM se indicó a pacientes con problemas de adherencia a tratamiento con Levotiroxina 100 ug CM , dada la dificultad de partir el comprimido para calcular la dosis.

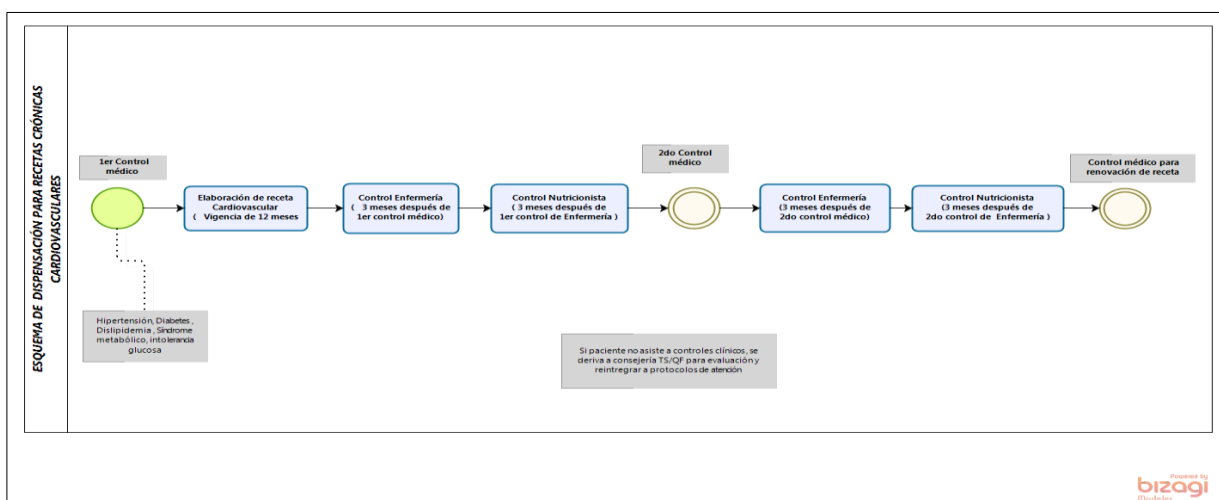
Pregabalina 75 mg CM se indicó para distintas Neuropatías dolorosas , que no tienen tratamiento farmacológico en APS.

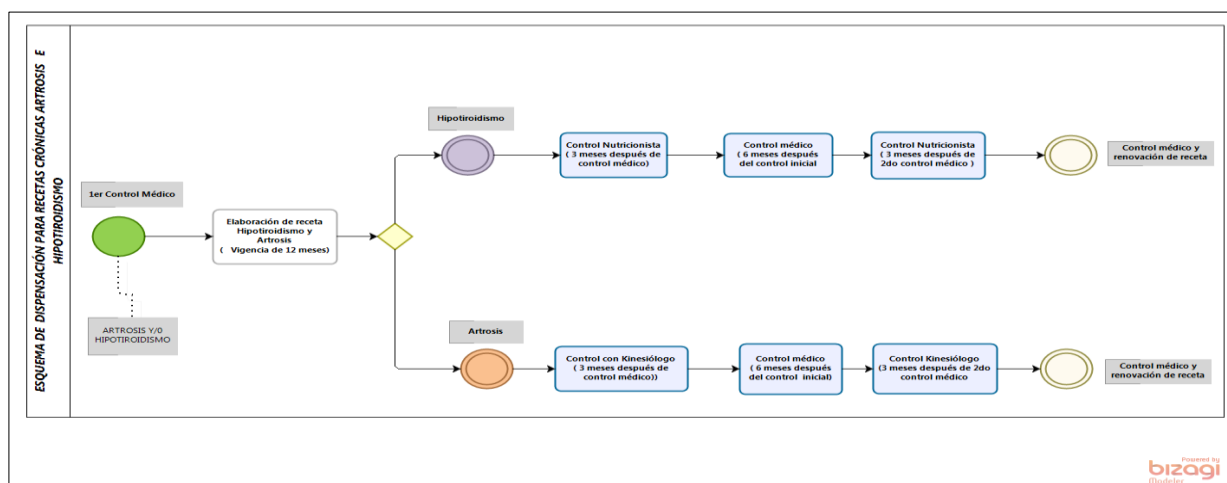
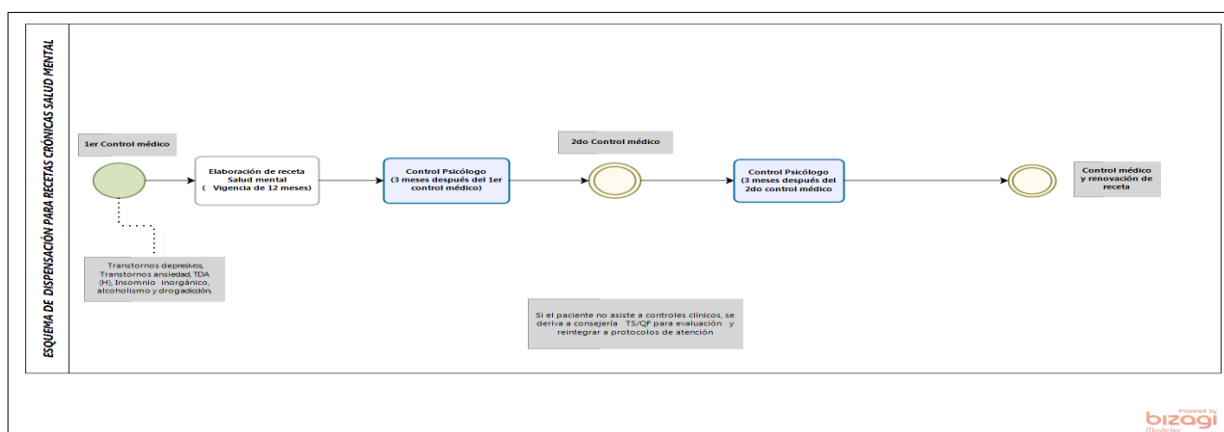
➤ Gestión clínica transversal desde unidad de farmacia hacia equipo de salud

Enmarcados dentro del modelo de salud familiar , que establece como uno de sus pilares la transdisciplinaridad que cada unidad clínica debe tener con el resto del equipo de salud, surge la necesidad de crear equipos de trabajo que se orienten a satisfacer las necesidades de nuestra población , sus sugerencias, quejas y solicitudes.

De esta forma y por iniciativa de dirección , surge la necesidad de crear un equipo de trabajo que sea complementario a las atenciones clínico/sociales de nuestras postas , con enfoque en el usuario y mayor integralidad en la atención. Surge de esta manera las " Consejerías de apoyo a usuarios y familiares de pacientes crónicos " (Protocolo PR-DC -06), consejerías que se definen como una instancia de apoyo clínico/social a todos aquellos pacientes que por diversos motivos , están alejados de nuestras postas , faltan a retiro de medicamentos, presenten riesgos sociales o comenten tener problemas en el consumo de medicamentos.

Estas consejerías han permitido establecer flujos de atención claros y precisos de los programas de atención clínicos /sociales de mayor uso en nuestras postas , tales como Cardiovascular, Salud Mental , Artrosis e Hipotiroidismo, siendo un apoyo para los profesionales de cada área.





Estos flujogramas muestran los procesos internos que deben seguir cada uno de nuestros pacientes al ingresar a un programa de enfermedades crónicas. A modo de ejemplo, se educa al paciente de la importancia de acudir no solamente a los controles médicos, sino también, con enfermera y nutricionista, todo esto con el fin de tener un buen control cardiovascular. Caso similar ocurre con controles psicológicos en programas de salud mental y Nutricionista en Hipotiroidismo. También se hace pesquisa de pacientes que tenga recetas médicas vencidas, reacciones adversas a medicamentos (RAM) y pesquisa de pacientes con problemas sociales o de riesgo social.

Hasta fecha, las consejerías han alcanzado un significativo número de atenciones tanto en PSR Las Vertientes como en PSR San Gabriel, las cuales se detallan a continuación:

PSR Las Vertientes

ANNOS	MESES	DIAS	SEXO	PREVISION	ACTIVIDAD_Y_O_PROCEDIMIENTO	CANTIDAD_ACT	DIAGNOSTICO	INCIDENCIA	ESTADO_DIAG	ES_AUGE	PSAL_DESC
61	4	20	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
68	8	6	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
63	4	10	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
67	2	5	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
55	7	13	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Nueva	Confirmado	NO	
54	0	23	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Dislipidemia	Repetida	Sospecha	NO	
91	5	8	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Sospecha	NO	
62	11	28	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Efectos adversos de otras drogas antihipertensivas, no clasificadas en otra parte	Nueva	Confirmado	NO	
53	0	16	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
57	5	1	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
56	6	8	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
71	8	3	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
82	9	25	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Asma	Repetida	Sospecha	NO	
69	7	22	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Osteoporosis en enfermedades clasificadas en otra parte,(trastornos de la densidad y de la	Repetida	Sospecha	NO	
67	2	18	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipotiroidismo	Repetida	Confirmado	NO	
46	6	6	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Sospecha	NO	
55	11	11	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
56	0	24	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Trastorno mixto de ansiedad y depresión	Repetida	Confirmado	NO	
61	4	6	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
61	10	10	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	SI	Diabetes Mellitus Tipo 2
52	9	19	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
82	0	15	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
58	9	14	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
55	10	3	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Dislipidemia	Repetida	Sospecha	NO	
74	6	28	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
72	8	20	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
86	1	14	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Úlcera gástrica	Repetida	Sospecha	NO	
47	2	3	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
51	8	25	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
63	0	13	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Artrosis de la primera articulación carpometacarpiana,(artrosis)	Repetida	Confirmado	NO	

En posta las vertientes la mayoría de los pacientes citados a consejería , son Hipertensos que no retiran medicamentos o que retiran en forma intermitente. Es indispensable que el retiro sea mensual , para favorecer la adherencia a tratamientos y evitar las complicaciones de esta enfermedad. También se repiten los citados por Diabetes , Dislipidemias y Artrosis , enfermedades crónicas de alta prevalencia en nuestras postas.

La finalidad de estas consejerías , no sólo están enfocada en detectar e intervenir la terapia de aquellos pacientes que no adhieren a tratamiento , sino que , también sirve para elaborar planes de seguimiento y monitoreo de cada uno de los pacientes citados , con el fin de producir un impacto significativo en el manejo de su enfermedad.

PSR San Gabriel

ANNOS	MESES	DIAS	SEXO	PREVISION	ACTIVIDAD_Y_O_PROCEDIMIENTO	CANTIDAD_ACT	DIAGNOSTICO	INCIDENCIA	ESTADO_DIAG	ES_AUGE	PSAL_DESC
54	1	25	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Dislipidemia	Repetida	Confirmado	NO	
73	1	9	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Episodio depresivo, no especificado	Repetida	Confirmado	NO	
46	5	9	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipotiroidismo	Repetida	Confirmado	NO	
57	9	22	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Dislipidemia	Repetida	Confirmado	NO	
52	6	9	-	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Dislipidemia	Repetida	Confirmado	NO	
61	6	20	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]	Repetida	Confirmado	NO	
54	11	28	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Nueva	Confirmado	NO	
40	9	5	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus especificada, con complicaciones circulatorias periféricas	Nueva	Sospecha	NO	
60	1	18	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Hipertensión esencial (primaria)	Repetida	Confirmado	NO	
59	10	26	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Cirrosis biliar, no especificada	Repetida	Confirmado	NO	
63	9	16	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
62	2	9	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Trastorno depresivo recurrente	Repetida	Confirmado	NO	
65	8	23	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus especificada, con complicaciones renales	Repetida	Confirmado	NO	
77	4	12	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	SI	Diabetes Mellitus Tipo 2
77	3	13	Hombre	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	
65	11	14	Mujer	Fonasa	Atención Farmacéutica		1 Diabetes mellitus no insulinodependiente	Repetida	Confirmado	NO	

Por otra parte , en Posta San Gabriel se da una situación distinta, dado que la mayoría de los pacientes citados son Diabéticos Tipo II. Es este aspecto , se da foco al correcto uso de medicamentos e insulinas por parte de estos pacientes , haciendo énfasis en medidas dietarias que son igual o más relevantes que el mismo tratamiento farmacológico.

La diferencia entre las patologías más frecuentes en cada una de las postas , es una situación que merece una discusión profunda , dada las condiciones similares de población entre ambos centros . Una explicación posible , sería la limitada pesquisa de estas enfermedades ante la no permanencia constante del equipo de salud en posta San Gabriel (pacientes no diagnosticados) . También se podría argumentar , que los pacientes diabéticos son más sintomáticos y más fácil de pesquisar ante cuadros de descompensació (Hipoglicemia) , sin embargo , se requiere una mayor discusión interdisciplinaria.

Referencias

1. *Norma Técnica General N° 12 "Organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en APS"*
2. [2] *R. Hargreaves , Clin Ther 2001 Aug;23(8):1166-79*
3. [3] *Nishida Y, Cardiovascular Thera 2013 Nov 4;12:159. doi: 10.1186/1475-2840-12-159..*
4. [4] *http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2000_16_1.pdf
Escuela andaluza de salud pública.*

6.4 GESTION DE CALIDAD ASISTENCIAL

La Dirección de las Postas de Salud Rural y el equipo de Calidad, asumen y promueven los siguientes principios básicos que deben presidir todas las actividades en materia de calidad:

- I. Conocer las expectativas de los Usuarios/as, internos y externos, y de otros grupos de interés, para entregar servicios de su entera satisfacción.
- II. Impulsar las actividades para satisfacer las expectativas de los Usuarios y Usuarías de las postas, de sus empleados y de otros grupos de interés.
- III. Potenciar la cultura de la mejora continua y la excelencia en la gestión con el objetivo de incrementar la resolutivez y la creación de valor para los usuarios y usuarias, empleados y otros grupos de interés.

- IV. Fomentar la implicación de los empleados de las Postas de Salud Rural para el trabajo en equipo, la fluidez informativa, la comunicación interna y externa, la formación y el reconocimiento de los logros.

Integrantes Equipo de Calidad

- *Enfermera*
- *Químico Farmacéutico*
- *Personal administrativo*
-

Los integrantes de este equipo tienen una disponibilidad horaria de 8 hrs mensuales designadas por jefatura para trabajar en los objetivos propuestos en el programa y diferentes actividades.

Objetivos

Cumplir con el modelo de Salud Familiar

- *Tener un sistema de gestión de calidad dentro de la institución*
- *Contar con funcionarios que cumplan con la certificación de la superintendencia de Salud.*
- *Contar con un diagnóstico de la situación del cumplimiento de NTB respecto a la Autorización Sanitaria*
- *Desarrollar un programa que garantice la seguridad de las instalaciones.*
- *Desarrollar un manual y políticas de resolución de sugerencias, reclamos y solicitudes ciudadanas*
- *Implementar el proceso de notificación de EA.*
- *Contar con normas y procedimientos según normativa vigente*
- *Contar con personal con las competencias clínica y administrativas para el desempeño en las postas.*
- *Fortalecer el sistema formal de registros*

Para la consecución de los objetivos señalados, las Postas de Salud Rural y el equipo de Calidad asumen y promueven los siguientes principios básicos que deben presidir todas sus actividades en materia de calidad:

- *Oportunidad en la atención*
- *Atención de calidad, amable y respetuosa por parte del personal administrativo y profesionales.*
- *Compromiso social con la comunidad, garantizando atención oportuna y la mejora continua de la salud como una prioridad*
- *Tener actitudes proactivas, abierta a los cambios innovadores en las áreas que otorgan a las postas.*
- *Fomentar el aprendizaje de los profesionales para tener conocimientos actualizados en las distintas áreas de las Postas.*

Las políticas y el Plan de Calidad del área de salud de la Corporación Municipal de San José de Maipo, establece que la calidad del servicio de salud de nuestras Postas Rurales es uno de los pilares fundamentales en el cumplimiento de nuestra misión que va en la mejora continua de las gestiones internas y la calidad del servicio otorgado, de forma equitativa e igualitaria centrada en el modelo de salud familiar, es por esto, que contamos con profesionales a cargo de la atención de la comunidad, comprometidos en satisfacer las necesidades y expectativas de la familia.

Cronológicamente podemos comentar los siguientes hitos:

Desde el año 2012 se realizan encuestas de satisfacción usuaria

En el 2014 comenzaron a formular protocolos, memos internos, con el fin de hacer un catastro de las situaciones, tras esto se comenzó a trabajar según lineamiento de las normas técnicas básicas para la certificación, apoyados por los referentes de SSMSO.

En año 2015 se realizaron: protocolos de abordaje de crisis normativas y no normativas, protocolo del traslado de pacientes, protocolo de prescripción, dispensación y almacenamiento de medicamentos controlados, protocolo de estudio de familia, protocolo derivación de apoyo de usuario y familiares de pacientes crónicos. Programa de Inducción y orientación a personal nuevo, Protocolo trato al usuario. Manual de políticas de resolución de sugerencias, reclamos y solicitudes ciudadanas entre otros.

En el 2016 se realizó formalmente la resolución de la Encargada de calidad y del equipo.

Elaboración de programa de calidad para todo el año 2016

Instructivo para el uso de credencial de identificación de los funcionarios

Confección de archivadores para las tres Postas con los registros y certificados que habilitan a los profesionales y técnicos que se desempeñan en la Institución)

Elaboración de programa que garantice la seguridad de las instalaciones

Se realizó autoevaluación de sugerencias, reclamos y solicitudes ciudadanas

En proceso de elaboración y proyecciones para 2017

Manual de procedimientos de Enfermería

Manual de vigilancia y notificación de Eventos Adversos.

Manual de Emergencias y Desastres

Recopilación de documentos para realizar de trámites de solicitud de Demostración Sanitaria.

Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud (REAS),

Capacitación RCP al personal de las Postas por la Universidad Iberoamericana

Cumplir en un 100% las Garantías Explícitas de Salud (GES) de Acceso, Oportunidad y Calidad
 Aumentar las horas protegidas para trabajar en calidad.

6.5 Dotación Comunal 2016 – 2017

La Dotación para el año 2017 considera un aumento en 33 Hrs. Médico, 33 Hrs. Enfermera y 11 Hrs. Kinesiólogo. Lo que en definitiva significa para la comunidad el aumento de 77 Hrs. De profesionales que en años anteriores no se tenían.

Cabe destacar la incorporación de las 11 Hrs. De profesional Kinesiólogo que por primera vez se consideran en una dotación de Salud de la Comuna

Categoría	2016		2017	
	Nº Funcionarios	Nº Horas Semanales	Nº Funcionarios	Nº Horas Semanales
Médico	1	44	2	77
Odentólogo	2	33	2	33
Químico Farmacéutico	1	33	1	33
Nutricionista	1	33	1	33
Matrona	1	44	1	44
Enfermera	1	44	2	77
Asistente Social	2	77	2	77
Psicólogo	1	44	1	44
Kinesiólogo	-	-	1	11
TENS	4	176	4	176
TENSO	1	44	1	44
Administrativo	4	176	4	176
Conductor	2	88	2	88
Auxiliar de Servicio	4	176	4	176

6.6 PROGRAMA CAPACITACIÓN

"En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los(as) usuarios(as); de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa "capacitación y formación Atención Primaria en la red asistencial". Esto se fundamenta en la necesidad de contribuir al desarrollo y fortalecimiento de capacidades y competencias laborales necesarias para el trabajo de la APS... La formación y capacitación de Recursos Humanos es uno de los ejes centrales para el avance del Modelo de Atención de Salud en la Atención Primaria. Esto se fundamenta en que el principal instrumento de trabajo en este nivel, es el capital humano, con sus conocimientos, habilidades y destrezas".

(Convenio Mandato Programa Capacitación Y Formación Atención Primaria En La Red Asistencial 2016).

Durante el año 2016 el Programa Capacitación y Formación Atención Primaria en la Red Asistencial del SSMSO, consideró becas para los siguientes Diplomados y Cursos:

DIPLOMADOS PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Diplomado Gestión y atención integral del usuario
Diplomado Odontología Familiar y Comunitaria
Diplomado Salud Familiar
Diplomado Salud Integral de Adolescente

CURSOS PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CATEGORÍAS B
Acompañamiento en el Climate rio
Actualización en Evaluación del Desarrollo Psicomotor Infantil para Enfermeras.
Curso Actualización y fortalecimiento en regulación de la fertilidad
Actualización Farmacológica para Matronas
Curso Gestión de RRHH para APS, dirigido a jefes o encargados de RRHH de las comunas
Curso Abordaje Integral para personas con dependencia
Curso Abordaje de la infancia desde el Modelo integral con enfoque Familiar y Comunitario
Capacitación Herramientas para el abordaje de la violencia contra las mujeres

CURSOS PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CATEGORÍAS A Y B
RIS
Metodologías de Educación de Adultos
Actualización Modelo de Cuidado de Paciente con Patología Crónica (Modelo de Wagner)

CURSOS PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CATEGORÍAS B, C Y D
Curso Urgencia
Actualización en el desarrollo de Visitas Domicilia rias Integrales con Estándares de Calidad.
Salud Mental en APS

CURSOS PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CATEGORÍAS B Y C
Atención de usuarios en situaciones complejas.
Curso Gestión de Calidad en Atención en Salud

CURSOS PARA FUNCIONARIOS Y FUNCIONARIAS CATEGORÍAS C, D, E Y F
Capacitación a operadores de OIRS en Ley 20584 y otras normativas
Curso Salud Familiar y Trato Usuario

Respecto de Capacitación "Herramientas para el abordaje de la violencia contra las mujeres", quedamos fuera de beca ya que al SSMSO de 27 cupos otorgados inicialmente, bajaron a 5 asignados para la red.

Durante el año 2016 se han realizado las siguientes capacitaciones autogestionadas:

CURSOS AUTOGESTIONADOS 2016
Entrevista Motivacional en APS, Intervenciones breves en Alcohol y Drogas
Revisión de Protocolos Internos: derivaciones Urgencias de Salud Mental, Psiquiatría, Maltrato Infantil y Abusos Sexuales
Actualización en MAIS y Modelo de Salud Familiar para la Gestión de Casos
Revisión de Protocolos y Flujogramas Internos
Introducción a las Drogodependencias-Intervenciones Breves en Alcohol y Drogas
Protocolo de Atención al Usuario, Modelo de Acogida al Usuario
Presentación Protocolo OIRS
Replicación Curso Competencias en Salud Familiar, enfoque de redes y satisfacción usuaria
Calidad y Acreditación en Centros de Salud
Protocolo Procesos de Gestión Interna, Administración Central
<i>Lineamientos generales último período del año: Plan de Salud, Proceso de Calificaciones, Trabajo en equipo para Modelo Integral</i>
<i>Participación Social: Cambio en Meta 7, Diagnóstico: Conocimientos de Participación</i>

6.7 Proyectos innovadores 2016.

En el año 2016 las Postas de Salud Rural pertenecientes al área de salud y educación de la corporación municipal de San José de Maipo, generaron nuevas prácticas basadas en el estudio de la sistematización relativa al proceso de vínculo y adherencia a tratamiento farmacológico y asistencia clínica en pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, considerando especialmente la situación de aquellos usuarios y usuarias aun no compensados y - o inasistentes, por otra parte se estableció el trabajo de prácticas innovadoras en materia de autocuidado y el desarrollo de actividades ocupacionales con conciencia medio ambiental con caminatas y huertos comunitarios. Una vez recopilada la información, detectada las brechas, y generado el proyecto de mejoras se postulo al área de buenas prácticas del servicio metropolitano sur oriente, logrando el financiamiento para las siguientes buenas prácticas con sus respectivos componentes que se detallan a continuación:

Adulto mayor por una vida más feliz

Descripción breve: Esta buena práctica está dirigida a adultos mayores de la comuna y se orienta a la entrega de herramientas para la mejor calidad de vida, así como también busca generar espacios de encuentro entre pares para favorecer la socialización de los mismos, se constituye por dos componentes.

1. Talleres para la calidad de vida, realizados por Kinesiólogos en las postas de San Gabriel y Vertientes, en los cuales se abordan temas fundamentales, como adaptaciones en el hogar, uso de los espacios y aprovechamiento de los espacios comunes en el entorno natural, dinámica relacional basado en el buen trato entre pares
2. Atención dental realizada por odontólogo y Técnico Dental (TENSO), considerando la rehabilitación oral de los adultos mayores que lo requieren, este beneficio se traduce en el otorgamiento de 25 cupos para los adultos mayores de la comuna que requieran prótesis, el total pactado es de 25 cupos a Diciembre del 2016, y por ende hasta(50 prótesis inferiores y superiores según corresponda), hasta la fecha se han entregado 40 prótesis y se han otorgado 21 altas por tanto a Diciembre sin lugar a dudas se abra cumplida con los cupos comprometidos, ya que todas las personas han sido agendadas.
Este programa se ha trabajado con gran eficiencia y compromiso y significa un real y completo aporte a la calidad de vida de los adultos mayores
3. Esta iniciativa creada y gestionada por la Dirección de salud se genera a partir de la necesidad existente de dar cabida mas ágil y oportunamente a adulto mayores sobre 60 años en lo que respecta a rehabilitación oral, puesto que esta suele estar vinculada a largos tiempos de espera, lo que desde luego implica significativas dificultades para los usuarios viéndose afectados en su cotidianidad y desde luego en aspectos emocionales.

Consejerías patologías Crónicas en Dupla Químico Farmacéutico y Trabajadora Social.

Las consejerías para usuarios y usuarias con patologías Crónicas son realizados por un Químico Farmacéutico y trabajadora social y TENS, el objetivo de estas es rescatar a usuarios inasistentes a controles de patologías crónicas, esto no ha permitido establecer flujos de atención claros y precisos de los programas de atención clínicos /sociales de mayor uso en nuestras postas de salud rural , tales como Cardiovascular, Salud Mental, Artrosis e Hipotiroidismo, siendo un apoyo para los profesionales de cada área.

Las consejerías han favorecido la derivación oportuna a usuarios y usuarias quienes no tienen sus controles al día, ya sea con médico, nutricionista, Enfermera y control psicológicos, ya que muchos de los usuarios solo asisten a las Postas

para el retiro de los medicamentos, por esto uno de los principales objetivos de las consejerías es derivar cuando esto sea necesario.

A la fecha se han realizado 70 y se espera que ha Diciembre del año 2016 se realicen 100 consejerías, no existe lista de espera pues se gestiona semana a semana, cabe señalar que durante el 2016 la consejería en dupla se realizó solo en las postas de San Gabriel y Vertientes, pero está en las proyecciones de un futuro de mediano plazo ampliar con cupos en Posta el Volcán.

Esta buena práctica consta de dos componentes:

- Consejerías dupla QF/TS: una vez por semana en Posta Vertientes y un día en Posta San Gabriel
- Huerto Comunitarios: Posta Vertientes, San Gabriel y Volcán

Caminata Familiar San Gabriel

Considerando el privilegiado ambiente natural de San José de Maipo y la importancia de Promover la actividad física como un elemento primordial del autocuidado y el cuidado de la comunidad, se desarrolla la buena práctica de una caminata familiar- escolar desde San Gabriel hacia el volcán, descentralizando una actividad que hasta la fecha había se había trabajado siempre en los espacios más centrales de San José de Maipo, como la plaza de San José de Maipo, algo que muchas veces ha funcionado, ha dejado de lado a muchas localidades que se encuentran más distantes de la localidad del centro de San José, ha esta caminata asistieron 72 personas, siendo un 40% de estas escolares.

Además de las buenas prácticas señaladas concursadas ganadas y desarrolladas, durante el 2016 la gestión logro concretar un proyecto planificado desde el año 2015 gracias a la solicitud que se realizó a MINSAL, para el apoyo a la gestión, lo que permitió la construcción de una sala de rehabilitación Rural y cuya implementación fue gestionada con universidad Iberoamericana quienes donaron implementación técnica e insumos. Si bien la sala se encuentra ubicada en las vertientes a partir de enero del 2017, tendrá cupos de atención con cupos para usuarios de las tres postas considerando la movilización de casos que así lo requieran de postas en volcán y San Gabriel.

6.8 Cartera de Servicios

Actividades de Salud Infantil	Prestaciones Programación	Grupo Objetivo	Recurso (Instrumento)
Control de Salud de niño/a sano/a	*Epsa	Recién Nacido	Matrona
	*Score IRA	14 días	Enfermera
	*Evaluación Neurosensorial. *Score IRA *Vitaminas ACD	1 Mes	Médico
	*Edimburgo *Score IRA *Solicitud de radiografía de pelvis. *Vacuna	2 Meses	Enfermera
	*Resultado Radiografía de Pelvis.	3 Meses	Médico
	*Pauta Breve *Vacuna *Score IRA	4 Meses	Enfermera
	*FRO,ECNT *Score IRA	5 Meses	Nutricionista
	*Edimburgo *Vacuna	6 Meses	Enfermera
	*EEDP	8 Meses	Enfermera
	*Evaluación Puérpera	10 Meses	Nutricionista
	*Vacuna	12 Meses	Enfermera
	*Pauta Breve	1 Año 3 Meses	Nutricionista
	*EEDP *Vacuna	1 Año 6 Meses	Enfermera
	*Pauta Breve	1 Año 9 Meses	Nutricionista
	*Revisión Dental	2 Años	Dentista

	*Guía vida sana Preescolar	2 Años 6 Meses	Nutricionista
	*TEPSI	3 Años	Enfermera
	*FRO * Pauta Odontológica	3 Años y 6 Meses	Nutricionista
		4 Años	Enfermera
		4 Años 6 Meses	Nutricionista
		5 Años	Enfermera
	*Guía vida sana: 6 a 12 años	5 Años 6 Meses	Nutricionista
	*Guía anticipatoria: 6 a 9 años	6 Años	Enfermera
		7 Años	Nutricionista
		8 Años	Enfermera
	*Guía vida sana y adolescente	9 Años	Nutricionista
Vacunas	2,4 y 6 Meses	Pentavalente Polio* Neumocócica Conjugada	Técnico en Enfermería
	6 Meses	Pentavalente Polio Oral Neumocócica Conjugada (Solos Prematuros)	Técnico en Enfermería

	12 Meses	Tres Vírica Meningocócica Conjugada Neumocócica Conjugada	Técnico en Enfermería
	18 Meses	Pentavalente Polio Oral	Técnico en Enfermería
Vacunación Escolar	Primero Básico	Tres Vírica dTp (acelular)	Técnico en Enfermería
	Cuarto Básico	VPH (Virus papiloma humano)	Técnico en Enfermería
	Quinto Básico	VPH (Virus papiloma humano, segunda dosis)	Técnico en Enfermería
	Octavo Básico	dTp (acelular)	Técnico en Enfermería

	Control odontológico niño/a sano/a(Ingreso)	Inscritos/as 2 años	Odontólogo/a
	Control odontológico niño/a sano/a	Inscritos/as 4 años	Odontólogo/a

Examen de Salud odontológico	Control odontológico 6 años Ingreso	Inscritos 6 años	Odontólogo/a
	Altas odontológicas 2 años Altas Prev + Educativ.	Inscritos 2 años	Odontólogo/a
	Altas odontológicas 4 años Altas Prev + Educativ.	Inscritos 4 años	Odontólogo/a
	Altas Prev + Educativ. 6 años	Ingresos 6 años	Odontólogo/a
Visita Domiciliaria Chile crece contigo	Observación de entorno del hogar. Detectar factores de riesgo. Observar dinámica y estructura familiar	0 a 4 años 11 meses 27 días	Enfermera
			Psicóloga/o
			Nutricionista
			T. Social
			Educadora de Párvulos
Promoción y Prevención de Salud	Promoción y Difusión del Programa Nacional de Inmunización (PNI)	Jardines Infantiles, Clubes de Adulto Mayor	Enfermera/o
			Técnico en Enfermería
	Escuelas y Jardines promotores de salud	Establecimientos Educativos Municipales	Enfermera/o
			Técnico en Enfermería
			Nutricionista
		Matrona/o	
		Ed. Párvulos	

	Taller de lactancia Materna	28 Días a 2 Años	Kinesiólogo/a
			Enfermera/o
			Nutricionista
			Matrona
			Educadora de Párvulos
			T. Social

Actividades de Salud de adolescentes	Prestaciones Programación	Grupo Objetivo	Recurso (Instrumento)
Consultas	Control de Salud del Joven Sano	10 a 14 Años	Matrona
	Control Médico del Adolescente	10 a 14 Años	Médico
		15 a 19 Años	Matrona
	Consulta VIH SIDA Espontanea	10 A 19 Años	Matrona
	Consulta abreviada	10 a 19 Años	Matrona
Salud Sexual y Reproductiva	Control de Fecundidad	10 A 19 Años No embarazadas	Matrona
	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	10 a 19 Años	Matrona

	Control Ginecológico Preventivo	10 a 19 Años	Matrona
	Consulta Morbilidad Ginecológica	Mujeres 10-19 años	Matrona

Actividades Nutricionales Preventivas	Consulta Nutricional	10 a 19 Años	Nutricionista
	Control Nutricional	10 a 19 Años	Nutricionista
	Consulta Nutricional Embarazadas	Ingresos Prenatales	Nutricionista
	Control Nutricional Embarazadas	Ingresos Prenatales	Nutricionista
	Control Nutricional al 5° y 8° mes Post Parto	Ingresos Prenatales	Nutricionista
	CHILE CRECE CONTIGO	Taller Educativo para embarazada (CHCC)	Ingresos Prenatales
Educadora de Párvulos			
T. Social			
Nutricionista			
Consulta Salud Mental	Consulta Salud Mental Adolescentes	10 a 19 Años	Psicólogo/a
	Ingreso Médico Salud Mental	Según Ingresos	Médico/a
	Control Médico Salud Mental	Según ingresos a médico	Médico/a

	Terapia Individual Breve	Según Ingresos	Psicólogo/a
	Psicodiagnóstico	Según Ingresos	Psicólogo/a
	Intervenciones preventivas en Alcohol y drogas	10 a 19 Años	Psicólogo/a Matrona
	Consejería en Salud Mental	10 a 19 Años	Psicólogo/a
	Grupo Psicoeducativo (Liceos, Escuelas)	10 a 19 AÑOS	Psicólogo/a Matrona
	Visita Escolar (Liceos, Colegios, Escuelas)	10 a 19 Años	Psicólogo/a Matrona
Examen de Salud odontológico	Control odontológico 12 años Ingreso	Inscritos 12 años	Odontólogo/a
	Ingresos menores de 10 a 19 años	Inscritos de 10 a 19 años	Odontólogo/a
Actividades de Salud de las personas Adultas	Prestaciones Programación	Grupo Objetivo	Recurso (Instrumento)
Consulta de Morbilidad	Consulta de Morbilidad	Inscritos de 20 a 64 a	Médico/a
	Ingreso a Hipertensión	Inscritos de 20 a 64 Años	Médico/a
	Diabéticos Insulina Requirientes Ingresos	inscritos de 20 a 64 a	Médico Enfermera

Consulta y Control de Enfermedades Crónicas			Nutricionista
	Diabéticos Insulina Requirientes Ajuste	Inscritos de 20 a 64 años	Médico/a
	Ingreso Dislipidemicos	Inscritos de 20 a 64 años	Médico/a
	Control CVC Descompensados	Inscritos de 20 a 64 años	Médico/a
	Control Otros Crónicos (Parkinson, Artrosis, epilepsia, Etc)	Inscritos de 20 a 64 años	Médico/a
	Control otros crónicos cardiovasculares (Excluye HTA, DM, DLP)	Inscritos de 20 a 64 años	Médico/a
	Seguimiento CVC inasistentes	Inasistentes CVC 6 a 9 meses 20 a 64 años	Enfermera/o
			Nutricionista
Actividades Preventivas	Consejerías Farmacológicas para usuarios inasistentes a sus controles cardiovasculares	Inscritos que se dentro del programa de salud cardiovascular	Químico Farmacéutico
			T. Social
Control de Salud	EMPA	Hombres 20 a 44	Enfermera/o
			Nutricionista
		Mujeres de 45 a	Matrona

		64 años	Técnico en Enfermería
Intervención Grupal de Actividad Física	Taller de Actividad Física-Grupal (Derivados de Consulta Nutricional)	Inscritos de 20 a 64 años	Kinesiólogo/a
Salud Sexual y Reproductiva	Ingreso Prenatal	20 a 44 años Mujeres	Matrona
	Control Puerperio	Puérperas 20 a 44 años	Matrona
	Atención de la Díada	Puérperas 20 a 44 años	Matrona
	Control de Regulación de Fecundidad	20 a 49 años	Matrona
	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	20 a 44 años	Matrona
	Control Ginecológico Gestantes	20 a 44 años	Matrona
	Control Ginecológico Preventivo	45 a 64 años	Matrona
	Consulta Morbilidad Gineco-Obstétrica	Consulta Morbilidad Ginecológica	20 a 64 años
Consulta Morbilidad Obstétrica		20 a 44 años	Matrona
	Consulta Nutricional Embarazadas	Ingresos Prenatales	Nutricionista

Actividades Nutricionales Preventivas	Consulta Nutricional Embarazadas	Ingresos Prenatales	Nutricionista
	Control Nutricional al 3° mes Post Parto	Ingresos Prenatales	Nutricionista
Controles / Consultas de Salud	Toma de PAPANICOLAU	25 a 64 años	Matrona
	Control de P. mamaria	20 a 64 años	Médico/a Matrona
	Solicitud de Examen, entrega de información y CONSEJERIA post test VIH espontánea	20 a 64años Mujeres	Matrona
		20 a 64 años Hombres	Matrona

	Consulta E.T.S	20 a 64 años Mujeres	Matrona
Consulta de Salud Mental	Consulta Salud Mental del Adulto	Hombres y Mujeres de 20 a 64 Años	Psicólogo/a
	Ingreso Médico Salud Mental	Según ingresos	T. Social Psicólogo/a
	Control Médico Salud Mental	Según ingresos a médico	Médico/a
	Terapia Individual Breve	Según ingresos	Psicólogo/a

	Psicodiagnóstico	Según ingresos	Psicólogo/a
	Evaluación Social	20 a 64 años	T. Social
Actividades de salud en adulto mayores	Prestaciones Programación		
Consulta de morbilidad		Grupo Objetivo	Recurso (Instrumento)
		Inscritos de 65 y más	Médico/a
Consulta y Control de Enfermedades Crónicas	Ingreso a Hipertensión	Inscritos de 65 y más	Médico/a
	Ingreso a Diabéticos	Inscritos de 65 y más	Médico/a
	Ingreso Dislipidemicos	Inscritos de 65 y más	Médico/a
	Control CVC Descompensados	Inscritos de 65 y más	Médico/a
	Control de RCV ALTO Y MUY ALTO (en 1 de los controles Enfermera aplicar QUALIDIAB)	Inscritos de 65 y más	Médico/a
			Enfermera/o
			Nutricionista
	Control de RCV MODERADO (en 1 de los controles Enfermera aplicar QUALIDIAB)	Inscritos de 65 y más	Médico/a
			Enfermera/o
Nutricionista			
Control de RCV BAJO (en 1 de los controles Enfermera aplicar QUALIDIAB) Control otros	Inscritos de 65 y más	Médico/a	
		Enfermera/o	
crónicos cardiovasculares (Excluye HTA, DM, DLP)	Inscritos de 65 y más	Nutricionista Médico/a	

Otras Actividades	Visita Domiciliaria	65 y más años (según ingresos de programados)	Enfermera/o
			Técnico en enfermería
			Trabajadora/or Social
	Campaña influenza	65 y más años	Técnico en Enfermería
Examen de Salud Odontológico	Adultos Mayores de 65 años	65 y más años	Odontólogo/a
Urgencias odontológicas	Altas Integrales Adultos mayores 65 años	Ingresos mayores 65 años	Odontólogo/a
Visita Domiciliaria Integral de usuarios con dependencia física	Visita domiciliaria de ingreso a atención domiciliaria	65 y más años	Enfermera/o
			Kinesiólogo/a
			Nutricionista
			T. Social
			Médico/a
			Técnico en enfermería
	Visita domiciliaria Integral (VDI) a personas con discapacidad severa	65 y más años	Enfermera/o
			Técnico en enfermería
			Nutricionista
	Visita domiciliaria Integral (VDI) personas con discapacidad	65 y más años	T. Social
			Médico/a
			Psicólogo/a
			Enfermera/o
			Nutricionista
			T. Social

	moderada		Médico/a
			Psicólogo/a
			Técnico en Enfermería
	Visita domiciliaria Integral (VDI) personas con discapacidad leve	65 y más años	Enfermera/o
			Nutricionista
			T. Social
			Psicóloga/o
			Técnico en Enfermería

Promoción y Prevención de Salud	"Un Hogar seguro para el adulto mayor" Adaptaciones en su hogar.	65 y más años	Kinesiólogo
	"Prevención de Caídas".		
	"Actividad física adaptada al adulto mayor"		
	Taller Demostración Preparación PACAM	65 y más años	Nutricionista
	Capacitación cuidadores	dependencia severa del programa de atención domiciliaria	Enfermera/o

Vacunas	Neumocócica Polisacárida Influenza	65 y más años	Técnico en Enfermería
----------------	--	------------------	--------------------------

Nuestras cartera de servicios incluye: visitas domiciliarias integrales, estudios de familia , clasificación de riesgo familiar, intervenciones familiares, consejerías individuales y familiares, consultas medicas nutricionales y sociales, controles cardiovasculares, exámenes de medicina preventiva , aplicación de escalas de evaluación para poblaciones específicas (ejemplo escala de AUDIT y sus intervenciones asociadas), generación de redes ya sea de salud local y de nivel secundario, redes municipales y redes de participación comunitaria, derivaciones a programas específicos como PSCV, Dental, Artrosis , Salud mental , PAP, entre otros.

7 - PROGRAMACIÓN DE SALUD AÑO 2017

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 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	$(N^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente)} / \text{[MENOS]} N^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)} / N^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)}) * 100$	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	$(N^{\circ} \text{ de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años con acompañante} / N^{\circ} \text{ Total de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años realizados}) * 100$	40 %	REM	Salud en la adolescencia y juventud	Ninguna
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con mal nutrición por déficit	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con mal nutrición por déficit	Porcentaje de gestantes adolescentes y jóvenes (10 – 24 años) con mal nutrición por déficit con consulta nutricional	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con mal nutrición por déficit, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con mal nutrición por déficit}) * 100$	100%	REM	Salud en la adolescencia y juventud	Ninguna
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación con mal nutrición por exceso	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con mal nutrición por exceso	Porcentaje de gestantes adolescentes y jóvenes (10-24 años) con mal nutrición por exceso con consulta nutricional	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con mal nutrición por exceso, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con mal nutrición por exceso}) * 100$	100%	REM	Salud en la adolescencia y juventud	Ninguna
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes menores de 15 años con bajo peso	Porcentaje Gestantes adolescents menores de 15 años con bajo peso que reciben VDI	$(N^{\circ} \text{ gestantes adolescentes menores de 15 años con bajo peso que reciben VDI} / (N^{\circ} \text{ gestantes adolescentes menores de 15 años con bajo peso})) * 100$	100%	REM	Salud en la adolescencia y juventud	Ninguna
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con bajo peso	Porcentaje Gestantes adolescents de 15 a 19 años con bajo peso que reciben VDI	$(N^{\circ} \text{ gestantes adolescentes de 15 - 19 años con bajo peso que reciben VDI} / (N^{\circ} \text{ gestantes adolescentes de 15 - 19 años con bajo peso})) * 100$	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 14 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 14 años en riesgo psicosocial	$(N^{\circ} \text{ de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año vigente)} / \text{[MENOS]} N^{\circ} \text{ de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)} / N^{\circ} \text{ de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)}) * 100$	Aumentar en un 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes de 15 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial. 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 VDI a adolescentes gestantes de 15 a 19 años en riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior) * 100	Aumentar en un 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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.		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	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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, Estrategia: citar a regulación de fecundidad a los 2 meses post parto
PREVENCION	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 postparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de postparto/ Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses postparto en RF)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal/ Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/Nº total de gestantes 10 a 24 años migrantes)*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCION	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 14 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	20% población 10 a 14 años	REM- Población inscrita 10 a 14 años	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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
PREVENCION	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

PREVENCION	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, Estrategia: citar a regulación de fecundidad a los 2 meses post parto
PREVENCION	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
PREVENCION	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 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/Nº total de gestantes 10 a 24 años migrantes)*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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 14 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	20% población 10 a 14 años	REM- Población inscrita 10 a 14 años	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
PREVENCION	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 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
PREVENCION	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
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior)/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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 en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, realizadas (año anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes	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 a adolescentes y jóvenes	Porcentaje de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de 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 a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de 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 a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año anterior) / Nº de 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 a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años) (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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 menores de 15 años	Porcentaje de adolescentes menores de 15 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de	25% de adolescentes 10-14 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud) *100	25% de adolescentes de 15-19 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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	100% de adolescentes de 10 a 19 años Aumentar en un 10% de adolescentes de 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA (DIFICL DE LOGRAR META)

					regulación de la fertilidad) *100				
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 jóvenes de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20 a 24 años	(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año anterior) / Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
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	
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	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por déficit con consulta nutricional	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit)* 100	100%	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 Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	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
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 nacido dentro de los 10 días de vida.	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	Mantener lo logrado	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 nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo 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	Mantener lo logrado		SALUD EN EDAD ADULTA	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 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º 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 Estrategia: citar a Regulación de fecundidad a los 2 meses post parto
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 postparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de postparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses postparto en RF x 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	Número de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/ Nº total de gestantes adultas migrantes* 100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	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 adultas con acompañamiento en el control prenatal	(Nº de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ Nº Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)* 100	40%	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		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	Establecer línea base	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	Mantener lo logrado	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 colestiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colestiasis en población de 35 a 49 años	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colestiasis en población general	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
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	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año	Aumentar en 2 %	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	Establecer línea base	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	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

					del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100				
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el 4%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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	Mantener lo logrado	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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 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
PREVENCION	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
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Mantener la cobertura de LME sobre la meta país (60%)	REM	SALUD EN LA INFANCIA	
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 transmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)*100	10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
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 transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses)*100	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

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 transmisibles 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	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 1 taller semestral	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 el padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	Mantener el porcentaje de controles en los que participa el padre (12,2 %)	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
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	(N° de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%	REM	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	(N° 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	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 del control de salud infantil	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	(N° de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses/ N° total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM	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)	(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	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 de 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	90%	REM	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 control de salud de los 18 meses	(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 / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
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 24 a 47 meses bajo control)*100	50%	REM	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	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 1 taller por semestre	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 personas usuarias de la Atención Primaria	Talleres preventivos de violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de violencia de género realizados	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior 1 taller por semestre	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	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	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	
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 59 meses con evaluación visual	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	90% Se solicitará capacitación para evaluación visual	REM	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)	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/ Matrícula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	
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/ Matrícula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	
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 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 6 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con registro ceod	(N° de niñas/os menores de 6 años ingresados a control en el centro de salud o del programa Sembrando Sonrisas con registro ceod/ N° total de niñas/os menores de 6 años inscritos y validados en los establecimientos)* 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 en los más	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud oral de niños y niñas menores de 6 años	Porcentaje de niñas/os menores de 6 años que ingresan a la población bajo control en salud oral	(N° de niños y niñas menores de 6 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ N° de niños y niñas menores de 6 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	70% menores de 2 años 30% de 2 a 5 años	REM	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	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 6 años	Porcentaje de niñas/os libre de caries de la población bajo control infantil	(N° de niños y niñas menores de 6 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 6 años de la población bajo control infantil)*100	20%	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	(N° de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° 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	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral/ N° 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 fallecidos por neumonía	(N° de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / N° de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas menores de 10 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(N° de Visitas Domiciliares Integrales recibidas por personas menores de 10 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa / N° de población bajo control menores de 10 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	REM	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	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 consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	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 potencial con trastornos mentales SE MANTIENE	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	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	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	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 el 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 el 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
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/Nº total de gestantes 10 a 24 años migrantes)*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Mantener 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 14 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	20% población 10 a 14 años	REM- Población inscrita 10 a 14 años	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS

PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior)/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior)/Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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 en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, realizadas (año anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes	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 a adolescentes y jóvenes	Porcentaje de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de 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 a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

					entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año anterior) / Nº de 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 a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años) (año anterior)*100				
PREVENCION	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 menores de 15 años	Porcentaje de adolescentes menores de 15 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de	25% de adolescentes 10-14 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud) *100	25% de adolescentes de 15-19 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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
PREVENCION	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
PREVENCION	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 lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20 a 24 años	(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año anterior)*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCION	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	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(N° de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa)*100	95% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	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: (N° de población 10 a 24 años controlada bajo control / N° 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	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adolescente y joven bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	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 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 (N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / N° 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 (N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/N° 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 sobrevivencia 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 según 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	
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	

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 (N° de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en al menos 10% , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	Porcentaje de personas de 20 a 24 años con diabetes bajo control en PSCV en centros centinela con evaluación de calidad de la atención en los últimos 12 meses	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)*100.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos con evaluación de calidad los últimos 12 meses, hasta lograr al menos el 80% .	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
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 embarazadas adolescentes	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	

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	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	≥74%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más	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	
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 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	Establecer línea basal 2017	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	

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 de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población de 10 a 24 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año vigente) / Población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
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	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))(MENOS) N° 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	
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 víctimas de violencia de género egresadas por alta (año vigente) (Menos) N° de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior))*100	Aumentar en N° de altas de adolescentes y jóvenes víctimas 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 mayores 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	(N° de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° de personas adolescentes 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	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	

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	
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 musculares esqueléticas como de salud mental.	((N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° 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
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	((N° de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (N° total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) N° 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	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
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	((N° de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N° 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	((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 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	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por déficit con consulta nutricional	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Mantener 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 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
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 nacido dentro de los 10 días de vida.	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	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 nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo 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%		SALUD EN EDAD ADULTA	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 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º 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	(N° de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° 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 postparto	(N° de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de postparto / N° total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses postparto en RF x 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	Número de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/N° total de gestantes adultas migrantes*100	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	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 adultas con acompañamiento en el control prenatal	(N° de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ N° Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)*100	30%	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	(N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° 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	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN		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	Establecer línea base	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 de 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 50%	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 colestiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colestiasis en población de 35 a 49 años	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colestiasis en población general	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
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	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año	Aumentar en 2 %	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 que ingresan 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	Establecer línea base	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevivencia 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 7 días 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 / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM	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 clasificadas según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	90% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	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 relación 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	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

					adultas por sexo realizadas (año anterior))*100				
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.	90 % 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	Nº 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.	90 % de cobertura	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 / Nº 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	(Nº 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	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	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	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 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	Incrementar en un 10% de la población inscrita,	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15.7%)	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

					personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)				
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))calculo 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, ENS 2009 (10%)	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	REM	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, ENS 2009 (10%)	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 .	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en personas adultas	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	(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 en personas adultas por sexo (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería , con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
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
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliares Integrales recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 25 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Ulcera por presión).	Pocentaje de Población bajo control de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas de 25 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 25 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	95% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

		recuperación y autonomía.							
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	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 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	Establecer línea basal 2017	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 años) del 22% de prevalencia	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS

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) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº 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))	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	Nº de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) Nº de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / Nº de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar en Nº 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	Aumentar 25%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
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 atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100	100%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

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
PREVENCION	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 10% respecto al año anterior	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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	70% con control de seguimiento realizado	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 65 años y mas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliares Integrales recibidas por personas de 65 años y mas del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 años y mas en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Ulceras por presión).	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	95% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	95% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

PREVENCION	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	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /N° 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
PREVENCION	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	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	95 % de cobertura	RNI	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscoopia	(N° 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
PREVENCION	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
PREVENCION	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	(N° 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
PREVENCION	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/1.73m ²)	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
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el 4%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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 la persona adulta mayores 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	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

PREVENCION	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 7 días 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 7 días 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 7 días hábiles post-alta.	SIDRA	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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 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
PREVENCION	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
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran 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
PREVENCION	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 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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	INFORME	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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 consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas 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 de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
PREVENCION	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	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 proporcion de metas Nº de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de	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

					65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/Nº de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV				
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 mas 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 diabeticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabeticos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 15% la proporción de diabeticos 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 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 diabeticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabeticos de 65 y mas años estimados según prevalencia en la población inscrita validada	Incrementar en un 10% la proporción de diabeticos 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, 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.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie	(N° de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) *100	90% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	QUALIDIAB	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	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA

					PSCV en los últimos 6				
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 de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(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) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	PERSONAS ADULTAS MAYORES	NINGUNA
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 mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas 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 mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas 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 con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	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 en adultos mayores	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adultos mayores	(Nº 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)	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/Nº de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	Establecer línea basal	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	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	(N° 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) N° 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 de población adulta mayor de 64 años	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) / ((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	Aumentar en N° de controles respecto 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 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	(N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)	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 mas 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
----------------	---	--	--	---	---	-----------------	-----	--------------------------	---------

Indicadores de Promoción Comunal.

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	(Nº de eventos masivos de alimentación saludable realizados/Nº eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentación saludable comprometidos	REM	COMUNAL
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en actividad física	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Nº de eventos masivos en actividad física realizados/Nº de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad física comprometidos	REM	COMUNAL
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Una actividad educativa grupal anual en alimentación saludable y actividad física realizada.	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada	REM	COMUNAL

Pueblos de Salud y pueblos indígenas.

NIVEL	IMPACTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
PREVENCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Implementar estrategias para el mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas con pertinencia cultural, según resultados de perfiles epidemiológicos o estudios locales sobre situación de salud de los pueblos	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan estrategias para el mejoramiento de situación de salud de pueblos indígenas	(N° de establecimientos de salud que implementan estrategias para el mejoramiento de situación de salud de pueblos indígenas con pertinencia cultural/N° Total de establecimientos que cuentan con perfiles epidemiológicos o estudios locales de situación de salud de los pueblos indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas.	(N° de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas, /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Diseñar e implementan programas de inducción en salud intercultural a profesionales del ciclo de destinación.	Porcentaje de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural por Servicios de Salud	(N°de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural /N° total de profesionales en ciclo de destinación del Servicio de Salud)*100	60%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Implementar espacio de trabajo adecuado, pertinente y visible de los facilitadores interculturales para la atención de las personas indígenas en los establecimientos de salud.	Porcentaje de establecimientos que implementa espacio de trabajo adecuado, pertinente y visible de los facilitadores interculturales para la atención de las personas indígenas	N° de establecimientos que implementa espacio de trabajo adecuado, pertinente y visible de los facilitadores interculturales para la atención de las personas indígenas/ N° total de establecimientos que cuentan con facilitadores interculturales.	60%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Realizar registro adecuado de la variable de pertenencia a pueblo indígena en los distintos sistemas de registro de salud.	Porcentaje de establecimientos registran adecuadamente la variable de pertinencia cultural	(N° de establecimientos registran adecuadamente la variable de pertinencia indígena/N° total de establecimientos) *100	80%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL
PREVENCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Incorporar la transversalización del enfoque Intercultural en los programas de salud.	Desarrollar actividades orientadas a la prevención con enfoque intercultural.	Porcentaje de Programas de salud que desarrollan actividades de prevención con enfoque intercultural	(N° de Programas de salud desarrollan actividades de prevención con enfoque intercultural/N° total de Programas de Salud)*100	100%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL

8. Proyecto Presupuestario 2017.

PROYECTO PRESUPUESTO AÑO 2017 AREA DE SALUD

INGRESOS		M\$	M\$	M\$
<i>05.00.000.000.000</i>	<i>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</i>		225.590	
05.01.000.000.000	Del Sector Privado (Municipal)	225.590		
05.03.006.000.000	Del Servicio de Salud		334.935	
05.03.006..001000	Atención Primaria	267.948		
05.03.006.002.000	Aportes Afectados	66.987		
<i>08.00.000.000.000</i>	<i>OTROS INGRESOS CORRIENTES</i>		11.800	
08.01.000.000.000	Recuperación por Licencias	11.800		
	TOTAL INGRESOS			572.325

GASTOS		M\$	M\$	M\$
<i>21.01.000.000.000</i>	<i>PERSONAL DE PLANTA</i>		130.743	
21.01.001.001.000	Sueldo Base	48.575		
21.01.001.003.001	Asignación Profesional	3.778		
21.01.001.007.001	Asignación Municipal	5.349		
21.01.001.011.001	Asignación de Movilización	1.725		
21.01.001.014.999	Otras Asig. Compensatorias	10.160		
21.01.001.019.002	Asuig. De Responsabilidad DIR.	3.683		
21.01.001.028.002	Asig. Desempeño Dificil	8.898		
21.01.001.044.001	Asig. De Atención Primaria	48.575		
<i>21.01.002.000.000</i>	<i>APORTE DEL EMPLEADOR</i>		6.253	
21.01.002.002.000	Otras Cotizaciones Prev	6.253		

21.01.000.000.000	ASIGNACIONES POR DESEMP.		37.800	
21.01.003.002.003	Asig. Desemp- Colectivo		37.800	
21.01.004.000.000	REMUNERACIONES VARIABLES		4.076	
21.01.004.005.000	Trabajos Extraordinarios		4.076	
21.02.000.000.000	PERSONAL A CONTRATA		211.788	
21.02.001.001.000	Sueldo Base		48.389	
21.02.001.005.000	Asignac. Profesional		3.210	
21.02.001.011.000	Asignac. De Movilización		3.108	
21.02.001.013.999	Otras Asignac. Compensatorias		22.201	
21.02.001.018.000	Asignac. De Responsab. Direct.		74.509	
21.02.001.027.001	Asig. Desemp. Dificil		8.925	
21.02.001.042.000	Asignac. De Atención Primaria		48.389	
21.02.002.002.000	Otras Cotizac. Previs.		1.864	
21.02.004.005.000	Trabajos Extraordnarios		1.193	
21.03.000.000.000	OTRAS REMUNERACIONES		18.900	
21.00.002.000.000	Honorario Asimilado a Grado		18.900	
22.03.000-000.000	CUMBUSTIBLE Y LUBRICANTES		4.800	
22.03.001.000.000	Para Vehículos		4.800	
22.04.000.000.000	MATERIALES DE USO Y CONS		107.283	
22.04.001.000.000	Materiales de Oficina		9.335	
22.04.003.000.000	Productos Químicos		13.200	
22.04.004.000.000	Fármacos		36.280	
22.04.005.000.000	Materiales y Ut. Quirurgicos		11.340	
22.04.007.000.000	Materiales y Utiles de Aseo		7.938	
22.04.999.000.000	Exámenes de Laboratorio		29.190	

22.05.000.000.000	SERVICIOS BASICOS		22.677	
22.05.001.000.000	Electricidad	5.040		
22.05.002.000.000	Agua	2.694		
22.05.003.000.000	Gas	8.400		
22.05.005.000.000	Teléfono Fijo y celulares	6.543		
22.06.000.000.000	MANTENCION Y REPARACIONES		23.865	
22.06.001.000.000	Mant. y Reparación edificios	7.980		
22.06.002.000.000	Reparación de Vehículos	12.285		
22.06.004.000.000	Reparación equipos oficina	1.200		
22.06.007.000.000	Reparación equipos informática	2.400		
	ADQUISIC. ACTIVOS NO FINANCIEROS		4.140	
29.04.000.000.000	Mobiliario y otros	1.960		
29.05.000.000.000	Máquinas y equipos	2.180		
	TOTAL DE GASTOS			572.325

MARÍA ISABEL SALINAS FLORES
SECRETARIA GENERAL
CORPORACIÓN MUNICIPAL SAN JOSÉ DE MAIPO

GLADYS ANDRADE GARATE
CONTADORA

