



**PLAN DE SALUD COMUNAL
VILLA ALEMANA
2015**

**DIRECCIÓN DE SALUD
CORPORACIÓN MUNICIPAL
PARA EL DESARROLLO SOCIAL
VILLA ALEMANA**

Villa Alemana, Octubre 2014.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCIÓN	3
PRIMERA SECCIÓN: MÓDULO FIJO	10
ANTECEDENTES GENERALES	13
DATOS ADMINISTRATIVOS	14
INDICADORES DE SALUD	16
DOTACION	19
SEGUNDA SECCIÓN: DIAGNOSTICOS	22
ANALISIS FODA	24
PRESUPUESTO 2015	29
OFERTA DE SALUD COMUNAL	33
DESAFIOS 2015	38
PLAN DE CAPACITACION	39
TERCERA SECCIÓN: PROGRAMACION POR CESFAM	40
CESFAM VILLA ALEMANA	40
CESFAM EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE	127
CESFAM JUAN BAUTISTA BRAVO VEGA	254
LICENCIA MEDICAS AÑO 2014	296

INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud comunal de Villa Alemana 2015, marca una nueva etapa en el que hacer de la salud municipal territorial, enmarcado dentro de un plan de acción que involucra la participación ciudadana en la gestión con una perspectiva más cercana a la salud, con prestaciones de calidad que aseguren el bienestar de la población usuaria.

Durante este periodo, el trabajo multidisciplinario en el área de salud tendrá un enfoque biopsicosocial basado en el modelo de atención de salud familiar dando énfasis al trabajo de prevención, promoción y educación.

El Plan de Salud de Villa Alemana contribuirá al cumplimiento de la misión y visión institucional.

La correcta ejecución de éste nos permitirá consolidar al Centro de Salud Familiar como una institución de prestigio a nivel Comunal y Regional.

Este plan contempla la definición de objetivos estratégicos, los que serán comunes a toda la organización de salud comunal, de manera que responda a las prioridades de salud pública de nuestra comuna. Cada objetivo estratégico está asociado a una meta, en concordancia con los objetivos y la estrategia nacional y regional del Servicio de Salud, y el logro de estos, es responsabilidad nuestra.

El objetivo del presente documento, es poner a disposición de los equipos de salud, un conjunto de orientaciones técnicas que en consistencia con el Modelo de Atención Integral con el enfoque Familiar y Comunitario, nos corresponde desarrollar durante el año 2015. Además hacer una reseña de las acciones en salud realizadas durante el año 2014 por los centros de salud de la comuna.

Desde fines de 2010 el MINSAL ha venido trabajando en los borradores y finalmente en los definitivos Objetivos Sanitarios de la década 2011 - 2020, que abordan condicionantes en salud tales como tabaco, sedentarismo, obesidad y que se ha comprobado que directamente se encuentran relacionados con las enfermedades

cardiovasculares y cánceres, que son actualmente las principales causas de morbimortalidad en Chile y que incluyen Enfermedad Coronaria, Hipertensión arterial, Diabetes y las alteraciones del metabolismo de la glucosa, con prevalencias cada vez más altas entre los adultos, y las enfermedades emergentes que son propias del siglo XXI destacando: Patología Dental, Discapacidad (muchas veces producto de accidentes de tránsito en personas jóvenes) y Salud Mental, con tasas cada vez más altas de trastornos del ánimo como depresión y ansiedad.

Hemos seguido trabajando en la consolidación y acreditación de los centros asistenciales:

- Consolidación de los Centro de Salud Familiar (CESFAM)
- Acreditación de los centros como prestadores GES
- Consolidar a Villa Alemana como Comuna Saludable

Es así que enmarcados por los indicadores MINSAL, los desafíos a desarrollar por los Centros de Salud de Nivel Primario de la comuna para el año 2014, tienen su base en los siguientes objetivos sanitarios.

- Fortalecer la gestión local
- Reforzar la coordinación intersectorial
- Innovar estrategias en la comunicación social y educativa
- Estimular la participación social y comunitaria

Todo lo anterior se acompaña de la preocupación permanente por brindar a nuestros usuarios una atención cálida, empática, acogedora e integral que se refleja en los altos niveles de satisfacción usuaria.





Se aumentaron las horas de Podología para los pacientes Diabéticos, y se reforzó el programa de Postrados, contando actualmente con; vehículo exclusivo a jornada completa, dos médico, dos enfermeras, un paramédico y un chofer, con material y técnicas de curaciones de alto nivel y calidad. Estos programas comunales se encuentran en el CESFAM Villa Alemana.

Con respecto al usuario interno, se realizaron mejoras estructurales, especialmente en el SAPU, mejorando las condiciones para un mejor desempeño laboral.

Por último, y en concordancia con lo anteriormente expuesto, es que el accionar de la Atención Primaria en Villa Alemana durante 2015 va a estar centrado en las necesidades prevalentes: elevada población de adultos mayores con múltiples patologías, de modo de mantener al máximo su funcionalidad, y de no ser posible, ayudarlos a mantener hasta sus últimos días una calidad de vida digna.

Pero la Dirección de Salud espera no sólo centrarse en el final de la vida, sino abrirse a toda la población que confía en los servicios comunales de salud, transmitiendo la importancia de los hábitos de vida saludable, y como estilo de vida que tienda a esto y que va a ser una cuenta de ahorro positiva para la vejez.

Todo esto enmarcado en las prioridades en atención primaria de salud que son:

-  Mejor Calidad de Servicio
-  Mayor Resolutividad.
-  Mayor Cobertura en los Programas Modelos
-  Sustentabilidad Financiera.

El Ministerio de Salud ha establecido un régimen de actividades generales asociadas a todo el ciclo vital, las cuales son desarrolladas en cada uno de nuestros CESFAM. Estas actividades son las siguientes:

- **Educación grupal ambiental**
- **Consejería familiar**
- **Visita domiciliaria integral**
- **Consulta social**
- **Tratamiento y curaciones**
- **Extensión Horaria**
- **Intervención Familiar Psicosocial**
- **Diagnóstico y control de la TBC**
- **Exámenes de Laboratorio Básico**

VISION MISION

VISION

“Ser reconocidos como Red de Salud Integral, que otorga servicios de excelencia centrada en el usuario, a través de un enfoque familiar y participativo”

MISION

“Desarrollar en forma permanente un alto nivel de las atenciones de salud, mediante la ejecución de acciones integradas con un enfoque biopsicosocial de excelencia, utilizando los recursos en forma eficiente y con equidad, contribuyendo a una mejor calidad de vida de los usuarios”

De acuerdo a lo establecido por el equipo de salud local, y enmarcado en las directrices dictadas por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota (SSVQ), se ha diseñado un plan estratégico para el año 2015, a fin de dar continuidad, consistencia y posibilitar la evaluación de los procesos definidos para la óptima entrega de atenciones de salud a la población.

En ese contexto, corresponde realizar una adecuación de objetivos, metas y estrategias que permitan incorporar nuevas directrices tanto nacionales como locales, establecidas dentro de las políticas del Ministerio de Salud durante el año 2015.

El Plan Comunal de Salud es abordado en base a los cuatro grandes Objetivos Sanitarios definidos:

- Mejorar los logros alcanzados, en el control y eliminación de enfermedades transmisibles
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios en la Sociedad, como son las enfermedades no transmisibles, asimismo el abordaje a la discapacidad.
- Disminuir las desigualdades en salud, actuando con equidad en uso de los recursos.
- Proveer servicios acorde a las expectativas de la población

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

- a) Prolongar la vida saludable: mejorar la salud de la población, a través de importantes actividades de Prevención y Promoción, que atraviesen todo el Ciclo Vital Familiar.
- b) Reducir las inequidades: reducir las desigualdades en salud, priorizando la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en aquellos cuatro objetivos.

El municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas; y, también, es el

responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades. La comuna es el mejor espacio donde confluyen el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de las familias y la comunidad.

En este sentido, los municipios deben generar el Plan de Salud Comunal en armonía con las normas y directrices emanadas del MINSAL, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud.

El Plan de Salud Comunal 2015 se enmarca en las directrices del SSVQ y está estructurado en tres partes a Saber:

1º Sección: (Módulo fijo, se envía al Servicio cada 5 años)a) Descripción de la comuna:

- Mapa
- Territorio

2º Sección (Proyección a tres años) La comuna se proyecta durante cada gobierno comunal, con un año de evaluación y cumplimiento de metas.

a) Datos Comunales

- Autoridades
- Consejo Municipal
- Datos Administrativos.
- Indicadores de Salud.
- Dotación.
- Resumen de Licencias Médicas.

b) Diagnóstico Participativo comunal

- Metodología del Diagnóstico
- Participantes
- Análisis FODA u otro que dé cuenta de la realidad comunal en recursos, prestaciones de salud, brechas

c) Oferta de salud comunal

- Establecimientos, clasificación
- Cartera de Servicios
- RRHH

d) Recursos Financieros

3º Sección Constituye un Módulo variable, que debe incluir la programación anual propiamente tal.

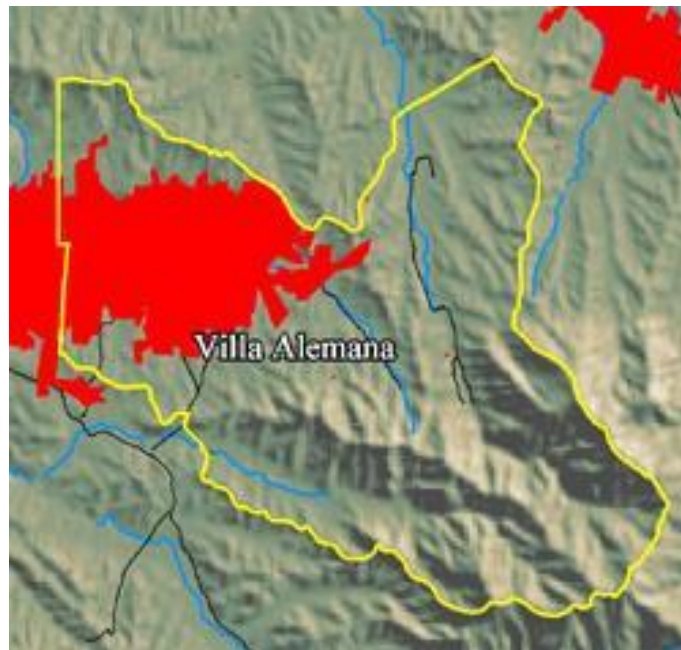
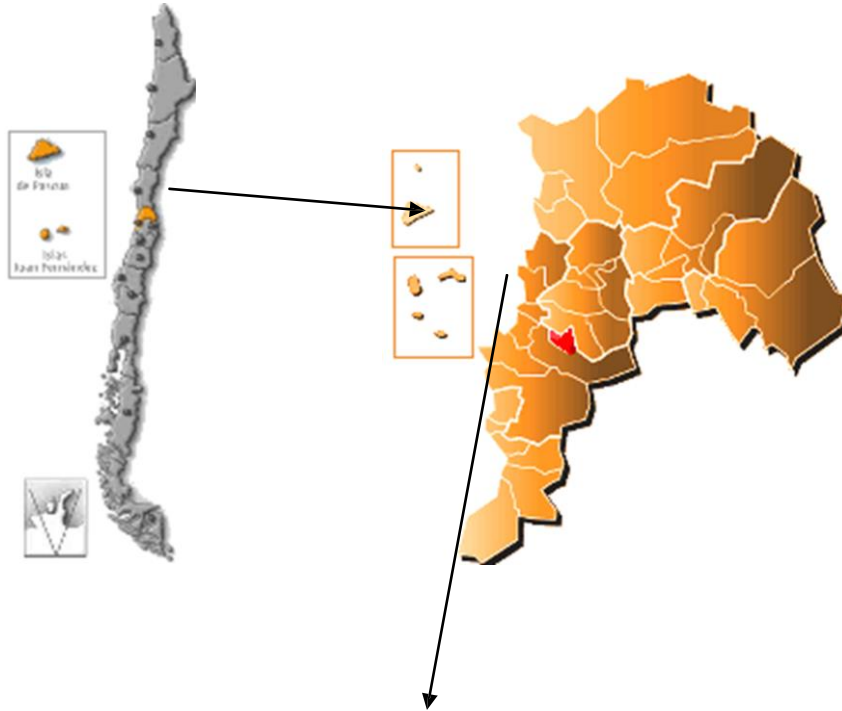
a) Oferta Programática 2015 por Establecimiento

- Salud del Niño
- Salud del Adolescente
- Salud del Adulto
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud del Adulto Mayor
- Salud Oral
- Salud Mental

Todos los programas incluirán las prestaciones de educación, promoción y prevención.

PRIMERA SECCION: MODULO FIJO

MAPA COMUNAL.





ANTECEDENTES GENERALES

ALCALDE	JOSE SABAT MARCOS
DIRECCIÓN	Valparaíso N° 498
TELEFONO	(32) 3145512 - 3145513 – 3145500
FAX	(32) 2539591
WEB	www.villalemana.cl
EMAIL	alcaldía@villalemana.cl

CONSEJO MUNICIPAL	PARTIDO POLITICO	PACTO POLITICO
Divka Rojic Puelma	RN	Coalición
Carolina Pfaff Rojas	PDC	Concertación Democrática
Raúl Alvear Guerra	PC	Por un Chile Justo
Claudio De La Horra Donoso	PS	Concertación Democrática
Alejandro Gazmuri Sanhueza	UDI	Coalición
Juan Salvo Montoya	RN	Coalición
Gonzalo Uribe Gil	PPD	Concertación Democrática
Alvaro Brauchi González	PPRO	Progresista

DATOS ADMINISTRATIVOS:

**SECRETARIO GENERAL CORPORACION MUNICIPAL PARA EL
DESARROLLO SOCIAL:**

FERNANDO HUDSON SOTO

Dirección: Avenida Quinta 050. Villa Alemana

Teléfono: 323243447

DIRECCIÓN DE SALUD:

Dr. DAVID TOLOZA FERREIRA

Dirección: Avenida Quinta 032. Villa Alemana

Teléfono: 323243515

Secretaria:

Sra. Eva Arancibia Obregón

departamento.salud.va.@cmva.cl

saludvalem@gmail.com

Teléfono: 323243516

ESTABLECIMIENTOS:

CESFAM DE VILLA ALEMANA:

Directora: E. U. RITA GONZÁLEZ SCHIAPPACASSE
Dirección: Av. Quinta 032.
Teléfono: 323243513 - 323243512
directorcesfam.va@cmva.cl
cesfam.villa.alemana@cmva.cl
consval@gmail.com

CESFAM EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE:

Director: Klgo. EDUARDO RODRIGUEZ GONZÁLEZ
Dirección: Santa Margarita esquina Rivadavia S/N Teléfono: 323243511
323243509
secretaria.cesfam.edofrei@cmva.cl
directorcesfam.edofrei@cmva.cl
consfrei@gmail.com

CESFAM JUAN BAUTISTA BRAVO VEGA:

Directora: C.D. LORENA LANDAETA SAA
Dirección: Las Araucarias 750.
Teléfono: 323243483
cesfam.juanbautistabravo@cmva.cl
directorcesfam.jbbv@cmva.cl
cesfamvalem@gmail.com

INDICADORES DE SALUD:

El acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de seguro al cual están afiliados. En el año 2009 el 78,9 % de la población pertenece al seguro público, y 13,04% a seguros privados (ISAPRES). De acuerdo a datos CASEN, el sistema público ha tenido un incremento sostenido de sus beneficiarios desde el año 2003.

La encuesta Casen 2009 permite constatar que existen importantes diferencias regionales en la afiliación a un determinado sistema, verificándose la mayor tasa de afiliación a ISAPRE en Región Metropolitana (20% versus 13% del promedio nacional).

FONASA clasifica a sus beneficiarios en tramos según ingreso (A/B/C/D), lo que determina su forma de acceder a la atención de salud. El año 2010, del total de los afiliados a FONASA, el 34,9% se inscribe en grupo A (personas carentes de ingresos), personas para las cuales no está disponible la modalidad de libre elección.

Número de establecimientos de salud según tipo, DEIS 2012

Número de Establecimientos	Comuna	Región	País
Hospitales	1	22	194
Centros de Salud Ambulatorios	4	108	982
Postas Rurales	0	60	1.166
Total	5	190	2.340

Fuente: Base de establecimientos de salud, Ministerio de Salud (MINSAL).

Población Inscrita y validada en Atención Primaria de Salud Municipal 2014

Comuna	CESFAM Villa Alemana	CESFAM Eduardo Frei	CESFAM Juan Bautista B. V
85.130	38.837	22.955	23.338

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

Población en FONASA según nivel

Población según Tramo	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo A	27.194	33,13	417.86	31,09	4.367.808	34,88
Grupo B	25.678	31,28	480.59	35,75	3.958.375	31,61
Grupo C	14.173	17,27	216.01	16,07	2.040.215	16,29
Grupo D	15.035	18,32	229.66	17,09	2.157.663	17,23
Total	82.080	100	1.344.1	100	12.524.061	100

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

Población según sistema de salud

Sistema Previsional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Público	67.076	88.036	92.996	71,67	81,83	78,7
Isapre	13.511	13.455	9.646	7,43	8,76	13,0
Particular	24.918	14.576	27.105	20,89	9,41	8,1
Total	105.505	116.067	129.747	100	100	10

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

Tasas de natalidad, mortalidad general e infantil

Territorio	Tasa	Tasa de Mortalidad	Tasa de Mortalidad
Comuna de Villa	12	5,50	11,30
Región de Valparaíso	6,20	6,20	8,40
País	15	5,40	7,90

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

Estado nutricional de la población de 5 o menos años

Estado Nutricional	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Bajo Peso o Desnutrido	0	256	97	0,95	2,99	3,40
Normal	7.542	6.802	8.22	80,74	80,73	83,10
Sobre Peso u Obeso	286	1.044	1.648	16,19	13,12	11,10

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

DOTACION 2015: Dotación Atención Primaria de Salud, año 2015.

Cat.	Profesión	Per capita		Programas	
		Nº funcionarios (44 horas)	Nº de horas	Nº Funcionarios (44 horas)	Nº de horas
A	Médico	26,18	1152	1,56	69
A	Cirujano Dentista	9,1	402	10,3	457
A	Químico Farmacéutico	1	44		
B	Enfermera/o	21,8	960	7,75	341
B	Matrón/a	7,7	339	5,2	233
B	Kinesiólogo	7,1	314	4	176
B	Nutricionista	6	264	0	0
B	Psicólogo	6,68	294	2,3	102
B	Asistente Social	4,72	210	0,2	10
C-D	TENS-Paramédico	56	2464	15	660
E	Administrativo	33,5	1474	3	132
F	Conductor	5	220	0	0
F	Auxiliar de Servicio	16	704	0	0
	Total	200.78	8841	49.31	2180

Dotación Servicio de Atención Primaria de Urgencia año 2015.

Cat.	Profesión	Per capita		Programas	
		Nº funcionarios	Nº de horas	Nº funcionarios	Nº de horas
A	Médico	0	0	10	118
A	Cirujano Dentista	1	14	2	28
B	Enfermera/o	0	0	1	44
C-D	TENS-Paramédico	3	75	3	75
E	Administrativo	2	50	1	25
F	Conductor	1	25	2	50
F	Auxiliar de Servicio	1	25	1	22
	Total	8	189	20	362





Con el fin de dar cumplimiento a la ley y seguridad laboral a nuestros funcionarios el departamento de salud durante los meses de octubre, noviembre y diciembre está llamando a concurso público para ajustar la dotación indefinida, disponiendo 70 cargos de las categorías A y B, esperando que para la gestión del año 2015 sustente la estabilidad laboral, la concreción de equipos de salud estables en beneficio de la calidad de atención de nuestros usuarios.

Mediante la fijación de esta dotación, la que ha sido comunicada y propuesta al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y respecto de la cual se ha obtenido la visación correspondiente y sin reparos, se proceden a fijar planes y programas comunales acordes a los diagnósticos fijados, planes de intervención y coberturas exigidas por el Ministerio de Salud. Los funcionarios que apoyan el quehacer diario de salud y que pertenezcan a programas de apoyo, gozarán de la calidad contractual de funcionarios a plazo fijo. En atención a que los centros de salud familiar, pertenecientes a la Corporación Municipal de Villa Alemana, son todos financiados con recursos públicos, corresponde que dichos fondos

sean utilizados con eficiencia y eficacia en el cumplimiento de las funciones asignadas según la ley 19.378. No siendo la labor de vigilancia una función inherente a la Atención Primaria de Salud y, así mismo en atención a que en la actualidad el Sr. Roberto Ovando Valenzuela es el único funcionario indefinido que cumple las labores de apoyo a los vigilantes externos, al momento de fijar la dotación de salud municipal para el año 2015, se procedió a su disminución. En razón de lo expuesto, el Sr. Ovando deberá cesar en sus funciones en el mes de Noviembre del año 2014, todo en conformidad al artículo 11 y 48 letra i de la ley 19378.

Se han tenido en cuenta para fijar la dotación de la comuna los 6 programas matrices, estos son: Programa odontológico general, programa de salud sexual y reproductiva, programa de salud mental, programa infantil y adolescente, programa adulto y adulto mayor, y en cada centro de salud, de acuerdo a sus diagnósticos locales e indicadores biomédicos y población a cargo, se darán diferentes énfasis de prestaciones y coberturas, es por ello que las dotaciones de los tres centros de salud no son homologables ni comparables.

La dotación 2015 contará con procesos actualizados, protocolizados de acuerdo a los nuevos lineamientos del Modelo de Atención Familiar. Esto representa un mejoramiento global de la gestión técnica y administrativa del tres Centros de Salud de nuestra comuna permitiendo con procesos claros, transparentes, unificados y normados los que se detallan a continuación.

-  Manual de Descripción de Cargos
-  Flujogramas de atención por Programas y Servicios
-  Matriz organizacional por Centro de Salud Familiar
-  Estandarización para los tres centros de Salud de protocolos de atención Clínica

DIAGNOSTICO

El diagnóstico local está basado fundamentalmente en indicadores epidemiológicos de la comuna, indicadores de cobertura normados por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, indicadores de cumplimiento programáticos 2014 y proyección estratégica 2015, todo esto inserto en los lineamientos de la reforma de salud 2011-2020.

El diagnóstico integra los siguientes aspectos:

- Participación comunitaria principalmente a través de los consejos locales de salud.
- Empoderamiento del usuario.
- Factibilidad del equipo para solucionar demanda
- Magnitud del problema comunal

Se han evaluado los indicadores de procesos en forma mensual por cada jefe de programa en cada CESFAM, mediante las reuniones de consejo técnico ampliado se realiza la evaluación de los indicadores de proceso y resultado. Al corte de Octubre los indicadores por programa son los siguientes:

COMUN A	COMPONENTE ACTIVIDAD GENERAL - PONDERADOS										Total Cumplimiento en actividades
	MET A N°1	MET A N°2	MET A N°3	MET A N°4	META N°5	MET A N°6	MET A N°7	MET A N°8	MET A N°9	MET A N°10	
	Cober tura Exam en de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años	Cober tura Exam en de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años	Cober tura de EMP AM de 65 años y más	Ingres o a contro l embar azo, antes de las 14 semanas	Cobert ura de Altas odonto lógicas totales en poblaci ón menor de 20 años	Gesti ón de recla mos en APS	Cober tura Diabe tes Mellitus tipo 2 en perso nas de 15 y más años	Cobert ura Hipert ensión Arteri al primar ia o esenci al en perso nas de 15 y más años	Porce ntaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo del desarr ollo psico motor , recuperados	Tasa de visita domici liar Integral	
CABILDO	7,4	7,3	10,0	7,4	9,0	10,0	8,7	9,3	10,0	12,0	91,13
CALERA	10,0	10,0	10,0	9,0	8,7	10,0	9,9	9,4	10,0	11,0	97,96
CONCON	5,9	8,5	10,0	9,0	9,0	9,9	8,4	9,5	8,8	11,9	90,83
HIJUELAS	10,0	9,9	10,0	9,0	9,0	9,7	10,0	10,0	9,5	9,1	96,28
LA CRUZ	10,0	10,0	9,8	9,0	9,0	10,0	9,5	10,0	10,0	7,2	94,36
LA LIGUA	9,9	10,0	9,7	9,0	9,0	9,4	10,0	10,0	10,0	12,0	99,02
NOGALES	8,5	8,6	10,0	8,9	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0	12,0	97,04
OLMUE	8,7	9,4	10,0	9,0	8,5	10,0	10,0	10,0	9,4	11,1	96,14
PAPUDO	9,4	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	9,6	8,1	95,05
PETORCA	10,0	10,0	10,0	8,7	9,0	7,8	8,6	8,5	8,6	12,0	93,18
PUCHUNCAVI	6,0	7,6	9,7	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	6,6	11,3	89,16
QUILLOTA	8,2	9,2	10,0	9,0	9,0	10,0	9,7	9,9	9,4	9,8	94,21
QUILPUE	7,4	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	9,7	12,0	97,10
VILLA ALEMANA	10,0	8,9	9,2	9,0	9,0	9,9	9,7	9,9	10,0	9,9	95,46
VIÑA DEL MAR	9,6	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0	9,9	10,0	11,1	98,67
ZAPALLAR	10,0	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	7,7	12,0	97,67
QUINTERO	8,6	8,7	10,0	9,0	9,0	10,0	10,0	10,0	9,5	12,0	96,86

**ANÁLISIS FODA APS COMUNA DE VILLA ALEMANA PLAN DE
SALUD COMUNAL 2015**

FORTALEZAS:

- a) Equipo de trabajo motivado y adaptado a la consolidación del modelo de atención de salud familiar. Se han implementado reuniones de sector en forma regular y se ha logrado cambiar la forma de trabajo en estas mismas reuniones hacia el análisis por familias.
- b) Equipo de trabajo consolidado en implementación de estrategias para la consecución de metas sanitarias.
- c) Personal capacitado en Salud Familiar.
- d) Consolidación del Comité de Capacitación comunal.
- e) Formación de comités de calidad en los tres CESFAM.
- f) Buen ambiente laboral.
- g) Las tardes protegidas con funcionamiento de algunos sectores, han sido una instancia muy importante para las reuniones de equipo, permitiendo realizar trabajo necesario para mejorar la atención.
- h) Ha existido una colaboración de parte de nuestra población beneficiaria al nuevo sistema de atención.
- i) Creación de comités de buen trato al usuario y trabajo constante en el tema.
- j) Mejora por parte del equipo de salud sobre la forma de registro y atención de las patologías GES.
- k) Implementación de estrategias medibles de la satisfacción usuaria.
- l) Trabajo de apoyo a usuarios del servicio de postrados con equipo multidisciplinario ya consolidado en la comuna.
- m) Trabajo gerontológico comunal con trayectoria exitosa de más de 10 años.
- n) La comuna cuenta con servicios de apoyo a la atención primaria: ambulancia, unidad de rayos digitalizado a contar de finales del 2012, sala de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), SAPU (Servicio de atención primaria de urgencia), central de esterilización, pabellón de cirugía menor ambulatoria, ecotomografía: abdominal y

del embarazo, sala de podología y laboratorio clínico comunal.

- o) Se ha ido profesionalizando la atención de los servicios de apoyo, contando actualmente con tecnólogos médicos en rayos X y aumento de dotación en el Laboratorio clínico, asimismo las clínicas de tratamientos y la curación avanzada de heridas por enfermeras.
- p) Apoyo de parte de nuestras autoridades para poder realizar actividades de autocuidado del personal para prevenir y superar el estrés laboral.
- q) Mejora progresiva de Infraestructura. Se han reestructurado los espacios físicos de los CESFAM a fin de aumentar y mejorar las clínicas de atención, así como los espacios destinados a salas de espera.
- r) Construcción de nuevo laboratorio clínico, ampliando de 90 mts² a 180 mts² de superficie.
- s) Registro clínico electrónico en los tres CESFAM de la comuna, lo que permite acceder fácilmente a la ficha de los pacientes, no existiendo pérdida de éstas.
- t) Departamento de salud con finanzas al día y sin deuda con proveedores.
- u) Formación de monitores de salud, para apoyo a la comunidad.
- v) Implementación del Registro Clínico Electrónico en los CESFAM Villa Alemana y CESFAM Eduardo Frei, lo que permitirá agilizar los procesos con mejor satisfacción usuaria.
- w) Implementación de SAPU con Registro Clínico Electrónico.

OPORTUNIDADES:

- Apoyo del Depto. de Salud para la consolidación del modelo de atención de salud familiar. Actualmente se reconocen a los CESFAM Eduardo Frei y Villa Alemana como centros de salud familiar medio superior, manteniéndose además el CESFAM Juan Bravo Vega en nivel superior.
- Apoyo del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ) en la consolidación del modelo de atención de salud familiar.

- Oportunidad de capacitación por parte de la Corporación Municipal y del SSVQ en la consolidación del modelo de salud familiar de atención y en competencias técnicas para la resolución de problemas de salud.
- Implementación por parte de la Corporación Municipal y SSVQ de programas de resolutivez en Atención Primaria de Salud (APS) mediante operativos y compra de servicios a particulares de mamografía, lentes ópticos, audífonos y eco tomografía abdominal.
- Capacitaciones a grupos de la comunidad en autocuidado y talleres para cuidadores de pacientes postrados.
- Los centros de salud familiar de nuestra comuna funcionan como campos clínicos de diferentes carreras del área de Salud, lo que obliga a un constante perfeccionamiento del equipo de salud.
- Cercanía de los CESFAM al nivel secundario de referencia.
- Gran número de población adulto mayor de la comuna, con disponibilidad y motivación para participar en actividades de prevención y promoción en salud.
 - Se han creado instancias para una comunicación más expedita entre los CESFAM y la Administración Central de la Corporación Municipal en pro de mejorar la burocracia administrativa (reuniones periódicas, formularios estandarizados para adquisiciones, teléfonos móviles corporativos, etc.)

DEBILIDADES:

- A pesar de las mejoras en los tiempos de espera de los usuarios, aún quedan brechas por superar.
- Necesidad constante de redistribución de familias en los diferentes sectores por crecimiento poblacional y fluctuación de las mismas.

-
- La vulnerabilidad de la población asignada del CESFAM Eduardo Frei R. sigue siendo una dificultad, ya que la gran mayoría de la población presenta algún tipo de riesgo biopsicosocial. Esto demanda de nuestro equipo de Salud un esfuerzo importante en cuanto a la atención que esta población requiere y hace que se siga necesitando mayor dotación de profesionales para cubrir todas las necesidades que se presentan.
- Existen aún brechas en la calidad de atención al usuario a nivel general.
- Inexistencia de mantención preventiva de equipos clínicos.
- Falta de espacio para realizar talleres y actividades grupales en el CESFAM Eduardo Frei Ruiz Tagle.
- Disminución de la dotación médica, en APS como en SAPU, por diferentes motivos, entre ellos becas, captación por hospitales que han ofrecido contrato con beca segura.

AMENAZAS:

- Aumento de la demanda de los usuarios exigiendo sus derechos por vigencia de ley 20584.
- Alta demanda asistencial por aumento de población.
- En cuanto a la resolutivez en algunos programas de salud, se observó este año falta de entrega de fármacos y algunos insumos por parte del SSVQ.
- Por falta de oferta de médicos a nivel regional, a nivel local nos vemos afectados y obligados a competir con remuneraciones con las comunas vecinas para completar las dotaciones mínimas.
- Incremento del Comercio Ambulante, en las veredas circundantes del CESFAM Villa Alemana, lo que dificulta la libre circulación de los pacientes y acompañantes, muchos de ellos con discapacidad física, quienes se ven obligados a transitar por la

calle, ya que este comercio ocupa el total de la vereda.

- El aumento de la población beneficiaria, ha saturado la infraestructura y espacios de los CESFAM.

PRESUPUESTO COMUNAL AÑO 2015

Observaciones:

- Se considera una estimación de un 5 de reajuste del sector público.
- Se considera una estimación de un 5 de variación de IPC proyectado para el año 2014.

Sub título	Ítem	Asi	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO 2015
05			C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES	5.602.994.006
05	03		DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	5.602.994.006
05	03	00	DEL SERVICIO DE SALUD	5.177.994.006
05	03	00	ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49	5.177.994.006
05	03	00	PERCAPITA ANUAL	4.153.662.960
05	03	00	OTROS PROGRAMAS ANUALES	1.024.331.046
05	03	10	DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU	425.000.000
05	03	10	SUBVENCION MUNICIPAL	275.000.000
05	03	10	BONO MÉDICO Y ENFERMERA	150.000.000
06			C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD	8.098.650
06	01		ARRIENDO DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	8.098.650
08			C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES	139.364.714
08	01		RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS	127.595.266
08	01	00	RECUPERACIONES ART. 12 LEY N° 18.196 Y LEY N° 19.117	127.595.266
08	99		OTROS	11.769.448
08	99	99	OTROS	11.769.448
14	01	00	TOTAL INGRESOS	5.750.457.370

PRESUPUESTOS GASTOS

Sub título	Ítem	Asi	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO 2015
21			C X P GASTOS EN PERSONAL	4.618.479.11
21	01		PERSONAL DE PLANTA	4.535.126.73
21	01	001	SUELDOS DEL PERSONAL	3.831.259.72
21	01	002	APORTES DEL EMPLEADOR	83.806.977
21	01	003	ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO	354.060.723
21	01	004	REMUNERACIONES VARIABLES	55.517.887
21	01	005	AGUINALDOS Y BONOS	210.481.414
21	03		OTRAS REMUNERACIONES	83.352.386
21	03	001	HONORARIOS A SUMA ALZADA – PERSONAS NATURALES	83.352.386
22			C X P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.036.644.60
22	01		ALIMENTOS Y BEBIDAS	4.732.337
22	01	001	PARA PERSONAS	4.732.337
22	02		TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	1.297.152
22	02	002	VESTUARIO, ACCESORIOS Y PRENDAS DIVERSAS	1.297.152
22	03		COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	18.660.249
22	03	001	PARA VEHÍCULOS	10.230.849
22	03	003	PARA CALEFACCIÓN	8.429.400
22	04		MATERIALES DE USO O CONSUMO	650.962.198
22	04	001	MATERIALES DE OFICINA	15.662.499
22	04	002	TEXTOS Y OTROS MATERIALES DE ENSEÑANZA	4.966.340
22	04	003	PRODUCTOS QUÍMICOS	176.976.194
22	04	004	PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	252.891.870
22	04	005	MATERIALES Y ÚTILES QUIRÚRGICOS	161.276.084

22	04	007	MATERIALES Y ÚTILES DE ASEO	19.201.146
22	04	009	INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS COMPUTACIONALES	13.573.795
22	04	010	MATERIALES PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DE	1.071.405
22	04	011	REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	1.682.247
22	04	999	OTROS	3.660.617
22	05		SERVICIOS BÁSICOS	78.894.670
22	05	001	ELECTRICIDAD	42.090.842
22	05	002	AGUA	16.061.462
22	05	003	GAS	1.728.045
22	05	004	CORREO	45.798
22	05	005	TELEFONÍA FIJA	13.127.141
22	05	006	TELEFONÍA CELULAR	936.867

22	05	007	ACCESO A INTERNET	4.904.514
22	06		MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	39.756.429
22	06	001	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EDIFICACIONES	7.659.181
22	06	002	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE VEHÍCULOS	5.899.518
22	06	003	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN MOBILIARIOS Y OTROS	111.347
22	06	004	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS DE	13.835.751
22	06	005	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE MAQUINARIA Y EQUIPOS DE	8.823.609
22	06	007	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS INFORMÁTICOS	3.427.023
22	07		PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	32.085.542
22	07	001	SERVICIOS DE PUBLICIDAD	28.904.672
22	07	002	SERVICIOS DE IMPRESIÓN	3.180.870
22	08		SERVICIOS GENERALES	91.669.568
22	08	001	SERVICIOS DE ASEO	18.942.205
22	08	002	SERVICIOS DE VIGILANCIA	64.440.634
22	08	003	SERVICIOS DE MANTENCIÓN DE JARDINES	228.636

22	08	007	PASAJES, FLETES, BODEGAJES Y OBLIGACIONES	1.515.224
22	08	008	SALAS CUNAS Y/O JARDINES INFANTILES	5.000.733
22	08	010	SERVICIO DE SUSCRIPCIÓN DE SIMILARES	1.542.137
22	09		ARRIENDOS	8.903.052
22	09	003	ARRIENDO DE VEHÍCULOS	8.847.000
22	09	005	ARRIENDO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS	56.052
22	10		SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	16.487.360
22	10	002	PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS	16.487.360
22	11		SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	87.667.367
22	11	002	CURSOS DE CAPACITACIÓN	6.778.658
22	11	999	OTROS (EXAMENES Y SERVICIOS CONTRATADOS)	80.888.710
22	12		OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	5.528.686
22	12	002	GASTOS MENORES	5.466.946
22	12	004	INTERESES, MULTAS Y RECARGOS	61.740
23			C X P PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	0
23	01		PRESTACIONES PREVISIONALES	0
23	01	004	DESAHUCIOS E INDEMNIZACIONES	0
29			C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	95.333.645
29	03		VEHÍCULOS	10.605.701
29	04		MOBILIARIO Y OTROS	24.231.458
29	04	001	MOBILIARIOS DE OFICINAS	4.525.540
29	04	003	OTROS	19.705.918
29	05		MÁQUINAS Y EQUIPOS	20.975.263
29	05	001	MÁQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	6.778.318
29	05	002	MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA PRODUCCIÓN	9.887.242

29	05	999	OTRAS	4.309.704
29	06		EQUIPOS INFORMÁTICOS	27.095.434
29	06	001	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS	27.095.434
29	07		PROGRAMAS INFORMÁTICOS	12.425.789
29	07	002	SISTEMA DE INFORMACIÓN	12.425.789
31			C X P INICIATIVAS DE INVERSIÓN	0
31	02		PROYECTOS	0
31	02	004	OBRAS CIVILES	0
31	02	006	EQUIPOS	0
35			TOTAL GASTOS	5.750.457.370

OFERTA DE SALUD COMUNAL:

CICLO VITAL	CLIENTE	OBJETIVO	PRESTACIONES
Del niño y de la niña	Población infantil de 0-9 años, lactante menor y mayor, pre escolar, escolar	Promocionar, prevenir y recuperar las condiciones de salud física y psíquicas de los individuos, las familias y las comunidades.	Control de salud del recién nacido y niño sano
			Control de salud del preescolar
			Control de salud escolar
			Control de enfermedades crónicas
			Consulta de lactancia materna
			Consulta déficit del desarrollo psicomotor
			Recuperación del rezago
			Consulta de morbilidad
			Consulta de enfermería
			Consulta y Control IRA
			Consulta social
			Consulta Broncopulmonar
			Consulta nutricional, malnutrición por déficit o
			Consulta social
			Consulta de salud mental y VIF
			Intervención psicosocial al grupo familiar
			Educación grupal
			Actividad odontológica educativa
			Actividad odontológica curativa: GES 2, 4 y 6 años
			Actividad odontológica recuperativa
			Consulta salud mental ingreso
			Consulta salud mental control
			Vacunación
			Visita epidemiológica
			Estudio de contacto epidemiológico
			Tratamientos de enfermedades de transmisión epidemiológica
			Evaluaciones solicitadas por juzgado
			Tratamientos psicoterapéutico enviado por Juzgado
			PNAC
			Atención de postrados en domicilio
			Visita domiciliaria integral adicionales

			Consulta de salud mental Depresión
			Consulta kinésica
			Terapia kinésica
			Visita epidemiológica
			Estudio contacto epidemiológico
			Intervención psicosocial
			Ecografía obstétrica del 1er trimestre
			Visita domiciliaria integral
De la mujer	Población femenina de 20 años y más	Promocionar, prevenir y recuperar la salud física y psíquica de la población femenina.	Examen de medicina preventiva
			Consulta de morbilidad ginecológica
			Control patologías crónicas
			Control ginecológico preventivo
			Control prenatal de ingreso
			Controles prenatales completos
			Control de puerperio
			Control del binomio madre/RN
			Consulta de lactancia materna
			Control del recién nacido
			Control de regulación de fecundidad
			Controles totales de regulación de la fecundidad
			Consejería en salud sexual y reproductiva
			Consulta nutricional
			Consulta nutricional gestante
			Control del climaterio
			Consulta de VIH/SIDA
			Consejería de VIH/SIDA y ETS
			Actividad odontológica educativa
			Actividad odontológica curativa: GES para embarazadas
			Actividad odontológica recuperativa
			Consejería de autocuidado
			Educación grupal
			Vacunación
			Visita epidemiológica
			Estudios y/o tratamientos de contacto epidemiológico
			Consulta social
			Consulta de Salud mental, VIF

			Consulta de salud mental, depresión Consulta kinésica Terapia kinésica Intervención psicosocial PNAC Ecografía obstétrica Visita domiciliaria integral Taller de promoción ChCC
Del adulto	Población entre 20 – 64 años	Promocionar, prevenir y recuperar la salud física y psíquica de la población adulta	Consulta de morbilidad Consulta de patologías crónicas GES APS Control, estudio y seguimiento del programa de la tuberculosis Consulta y control de enfermería Consulta y control nutricional Examen de medicina preventiva Consejería preventiva derivados del EMPA Educación grupal Intervención psicosocial de grupos vulnerables Vacunación Visita epidemiológica Estudio y/o tratamiento de contacto epidemiológico Consulta y/o consejería de salud mental Control de salud mental Actividad odontológica educativa Actividad odontológica curativa GES 60 Actividad odontológica recuperativa Atención podológica integral a pacientes diabéticos Curación de pie diabético Derivación de pie diabético Intervención grupal de actividad física

			Educación física para grupos Cardiovasculares
			Alivio del dolor
			PNAC
Del Adulto mayor	Población mayor de 65 años	Promocionar, prevenir y recuperar la salud física y psíquica de la población adulto mayor.	Consulta de morbilidad
			Consulta de patologías crónicas GES
			Control, tratamiento y seguimiento en programa de TBC
			Consulta der enfermería
			Control de enfermería
			Control nutricional
			Consulta nutricional
			Control de ingreso a adulto mayor
			EMPAM
			Atención gerontológica integral
			Educación grupal
			Consulta de salud mental
			Control y programa de la depresión
			Taller grupal de salud mental
			Consulta social
			Vacunación
			Visita epidemiológica
			Estudio, tratamiento y seguimiento epidemiológico
			Actividad odontológica educativa.
			Actividad odontológica curativa
			Actividad odontológica recuperativa
			Curaciones avanzadas de enfermería
			PENAC
			VDI
			Avance GES artrosis
			Atención multiprofesional gerontológica
			Talleres de memoria, autocuidado y promoción de salud

			Prótesis removible
			Gimnasia médica/gimnasia kinésica
			Curación avanzada de enfermería
			Atención multiprofesional postrados
Programa atención odontológica	Población total	Promocionar, prevenir y recuperar la salud oral	Examen de salud oral
			Educación grupal
			Urgencia
			Exodoncia
			Destartraje y pulido coronario
			Obturación temporal y definitiva
			Aplicación de sellantes
			Pulpotomías
			Barniz de flúor
			Endodoncia, Ortodoncia Cirugía oral
SAPUDENT	Población total	Recuperar la salud oral de la población	Consulta de urgencia
			Procedimientos de urgencia

SAPU médico	Población total	Recuperar la salud de la	Consulta médica de urgencia
			Procedimientos médicos de urgencia
			Consulta de enfermería de urgencia
			Procedimientos de enfermería de urgencia
Apoyo Diagnóstico	Población total	Laboratorio clínico	Exámenes bioquímicos
			Exámenes inmunológicos
			Exámenes hormonales
			Exámenes hematológicos
			Exámenes microbiológicos
			Exámenes parasitológicos
			Exámenes de cultivo
Apoyo Diagnóstico	Población total	Imagenología	Radiología general digitalizada
			Radiología dental APS
			Ecografía ginecológica
			Ecografía Abdominal
Apoyo terapéutico	Población total	Farmacia	Farmacología general
			Farmacología GES
			Insulinoterapia

Apoyo terapéutico	Población total	Ambulancia	Traslado y manejo de pacientes de urgencia APS y SAPU
			Apoyo eventos de promoción de salud comunal
Apoyo terapéutico	Población total	Pabellón Cirugía Menor	Cirugías menores ambulatorias

DESAFIOS 2015: Participación Social

Durante el año 2015 se fortalecerá la estrategia de Participación Social y Comunitaria como eje clave del accionar en salud comunal. Los actuales Consejos Locales de Salud han demostrado ser una herramienta básica y necesaria para ir desarrollando armónicamente el modelo de Salud Familiar actual, fomentando el concepto de autoresponsabilidad en salud, estrategia de trabajo conjunto, resolución de conflictos entre usuarios y equipos de salud, y por sobre todo empoderar y traspasar en los dirigentes sociales la estrategia de entrega de información hacia sus propias comunidades.

Nos proponemos para este plan de salud 2015 mediante los encargados de participación comunal la estrategia de capacitar a los dirigentes sociales en temas relevantes de salud, especialmente patologías cardiovasculares y epidemiológicas de relevancia como son las campañas de vacunación masiva.

Así mismo, crearemos los consejos locales de salud para adolescentes de la comuna. Este importante avance en materia de participación es eje en la reforma de salud, permitiendo que este segmento de nuestra población, tenga la posibilidad de tratar sus relevantes problemáticas en un entorno amigable, donde los requerimientos de su etapa de desarrollo sean abordados por sus propios pares pero orientados y asesorados por un equipo de salud capacitado en adolescencia.

Se fortalecerán los Comité de Buen Trato y los Comité de Solicitudes Ciudadanas los tres CESFAM de la comuna.

Se aplicará en los tres CESFAM las encuestas de satisfacción usuaria, lideradas y aplicadas por miembros de la comunidad y pertenecientes a los Consejos Locales de Salud, esto sirve de base para el trabajo 2015, pues las variables deficitarias de estas encuestas sirven para ejecutar los planes de mejora del año siguiente.

Con lo anteriormente expuesto queremos dar un sello en el plan de salud 2015 explicitando que el trabajo comunitario tendrá la relevancia que el actual modelo de salud familiar exige.

PLAN DE CAPACITACION

PROGRAMA ALEMANA CAPACITACION 2015 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD VILLA ALEMANA COMUNA VILLA															
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							N° DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			FECHA DE EJECUCIÓN	
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares y servicios Salud)	Total		FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO		
1.- Fortalecer el Modelo de Atención en salud, junto con los valores y principios que lo sustentan	Capacitación en el uso de herramientas de Salud Familiar	Adquirir las competencias de las herramientas, como estudio de familia, genograma, VDI, Consejerías	10	20						30	16				Abril
2.- Consolidar el Modelo de Gestión en Red local, regional y suprraregional	Reanimación Cardiovascular (RCP)	Actualizar conocimientos para mejorar cobertura e indicadores de impacto programático	15	30	15					60	16				Mayo
	Curso básico de emergencias y desastres para funcionarios SAPU	Generar conocimientos para mejorar la conducta frente a emergencias y desastres.		1	6	2	3	2	14	16					Septiembre
3.- Mejorar la Calidad de la atención y Trato al Usuario	Capacitación en gestión de calidad para la acreditación	Implementar un modelo de calidad de gestión centrado en la calidad y seguridad de los pacientes	7	24	2		2		35	30					Julio
4.- Generar estrategias de desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad y vida funcionaria	Autocuidado para los equipos de salud	Generar el conocimiento y las herramientas personales para el manejo de los factores estresores inherentes a las atenciones en APS	40	76	51	25	45	23	260	25					Octubre-Nov
TOTALES															

PROGRAMACION CESFAM VILLA ALEMANA:

DIAGNOSTICO DE SALUD SECTOR ROJO VILLA ALEMANA SUR

En el sector Villa Alemana sur se observa un predominio del sexo femenino y de población activa entre 20 y 64 años, con un importante ascenso del grupo etario de mayor a 65 años. El nivel socioeconómico bajo corresponde a ingresos del primer y segundo quintil; las condiciones de vivienda, saneamiento básico y ambiental son deficientes, principalmente en las áreas periféricas en las cuales la falta de pavimentación, electricidad y sectores de toma de terreno son usados como micro basurales riesgosos para la salud de la comunidad y a su vez hacen deficiente el acceso desde y hacia la locomoción colectiva del lugar.

Los problemas sociales más frecuentes detectados siguen siendo, el embarazo adolescente no deseado, la presencia de enfermedades cardiovasculares especialmente HTA y diabetes y la falta de seguridad social para abordar el gran problema que concentra los altos índices de delincuencia asociados al tráfico y consumo de drogas lícitas e ilícitas que convergen en disfunción familiar con falta de respuesta organizada para romper el círculo vicioso que envuelve a la familia inserta en nuestra comunidad.

ESTRATEGIA : EDUCACIÓN COMUNITARIA

La neuropatía es una complicación micro vascular frecuente en el diabético; el 50 de los diabéticos presenta neuropatía a los 25 años de evolución de la enfermedad; el 70 de pie diabético es de origen neuropático y a su vez el pie diabético es el principal factor de riesgo de amputación del pie y eventual de la extremidad. Es por ello la importancia vital de entregar los conocimientos para su auto cuidado a los pacientes diabéticos, su familia y población en general.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar plan de educación preventiva dirigido a usuarios y sus familias en relación al pie diabético.	Taller educativo a la comunidad del sector en juntas vecinales u organizacione s Comunitarias mediante operativos	Ejecutar 2 operativos semestrales a cargo de enfermera y /o médico.	1 de la población del sector de 15 años o más recibe educación programada.	-Lista de asistencia a talleres. -Evaluación post taller. -Fotografías de los talleres.	

ESTRATEGIA: DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile, principalmente enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro vascular. Los factores de riesgo que las condicionan son en su gran mayoría prevenibles es por ello que con el propósito de reducir la morbilidad y el sufrimiento asociado a ellas el MINSAL propone como estrategia de prevención la aplicación anual del examen de medicina preventiva EMP entre los grupos etarios más vulnerables (20 a 64 años)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de entre 20 y 64 años como acción de detección precoz del riesgo cardiovascular.	Ejecutar charlas en salas de espera al público en general. Difundir la importancia del EMP en paneles informativos y medios audiovisuales	Realizar 1 charla espontanea semana. Exhibir 2 veces al día en medio audio visual del CESFAM. Coordinar semestralment e visita promocional en el canal de tv	Supervisión de charlas y exhibición audiovisual. Asistencia al canal regional.	Registro de asistencia a talleres. Supervisión visual de la información en la tv en CESFAM. Registro en line de visita a canal regional.	Sector Rojo.

ESTRATEGIA: DE COMUNICACIÓN

Una de las inquietudes descrita por la población en forma transversal a los 3 sectores, es sobre la información, les gustaría que fuera más clara, más oportuna e instructiva. También expresan que les gustaría exhibir información de sus juntas vecinales. Por lo cual se programa implementar paneles informativos interactivos en salas de espera. Debido a lo anterior, esta estrategia se aplicara en los 3 sectores del CESFAM.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Difundir información masiva rápida y sencilla a los usuarios externos relacionada con la prevención y promoción de	Implementar panel informativo interactivo sectorial, ubicado estratégicamente en el CESFAM.	Panel instalado en lugar programado.	Dos funcionarios del sector y un integrante de la comunidad mantienen actualizado el panel	Fotografías de los paneles. Carpeta digital de la información entregada.	Cesfam Villa Alemana

DIAGNOSTICO DE SALUD SECTOR AMARILLO VILLA ALEMANA

El sector amarillo se emplaza geográficamente en el sector nororiente y centro oriente de la comuna de Villa Alemana. Los sectores rurales corresponden a Quebrada Escobares, Patagual y Lo Hidalgo, ubicados al este de la zona urbana. El sector de Peña blanca es uno de los más extensos geográficamente, ya que comprende grandes extensiones de terreno en su zona rural. Por otra parte esta extensión de terreno permite tener la menor densidad poblacional de la comuna; así nos alejamos del hacinamiento, logrando mejores condiciones de vida en los estratos socioeconómicos más bajos.

La población es de 10955 habitantes, correspondiendo aproximadamente un 25 al sector de Peña blanca, con predominio de sexo femenino, con aumento de población de adolescentes y manteniendo prácticamente la población de adultos mayores.

Nos sorprende que al interior de las zonas rurales no existan recorridos de locomoción pública, por lo que usuarios de dichas localidades deben recorrer grandes distancias por sus propios medios para acceder al centro de salud. Con esto nos damos cuenta que se hace necesario acercar la salud a los sectores rurales con mayor prioridad.

Contamos con una gran variedad de clubes deportivos, centros de madres, clubes de adultos mayores; los cuales los podemos considerar como un gran factor protector a la hora de generar intervenciones preventivas de salud hacia la población, especialmente para la difusión de estilos de vida saludable. De esta forma se constituyen en una sólida plataforma de difusión y a la vez de intervención en la planificación de actividades con la comunidad.

SECTOR AMARILLO ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

Una de las inquietudes descrita por la población en forma transversal a los 3 sectores, es sobre la información, les gustaría que fuera más clara, más oportuna e instructiva. También expresan que les gustaría exhibir información de sus juntas vecinales. Por lo cual se programa implementar paneles informativos interactivos en salas de espera. Debido a lo anterior, esta estrategia se aplicara en los 3 sectores del CESFAM.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Difundir información masiva rápida y sencilla a los usuarios externos relacionada con la prevención y promoción de	Implementar panel informativo interactivo sectorial, ubicado estratégicamente en el CESFAM.	Panel instalado en lugar programado.	Dos funcionarios del sector y un integrante de la comunidad mantienen actualizado el panel	Fotografías de los paneles. Carpeta digital de la información entregada.	

**ESTRATEGIA:
EDUCACIÓN COMUNITARIA**

En el sector amarillo se aprecia una mayor cantidad de ingresos prenatales de adolescentes, la población actual bajo control es de 61 gestante, de los cuales 14 son menores de 18 años, lo que representa el 23 de las gestantes y estas 6 son de 15 años, equivalente al 9.8 del total de las gestantes bajo control.

Así mismo se ha visto incrementado el ingreso a regulación de fecundidad de adolescentes y muchos de ellos ya habiendo iniciado su actividad sexual sin ninguna protección, por lo cual se hace primordial realizar un plan educativo en los colegios del sector.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar plan educativo preventivo en colegios del sector en relación a salud sexual y reproductiva.	Implementar taller de educación sexual a adolescentes en establecimiento educativo.	Realizar taller de educación sexual reproductiva a 7 ^a y 8 ^a básico por equipo de salud a talleres programados.	10 de los colegios del sector con taller realizado al semestre.	Registro de asistencia. Impresión fotográfica de los talleres. Evaluación post talleres.	Cesfam Villa Alemana.
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes.	Aumentar 10 la prevalencia de uso de MAC en población de 15 a 19 años, activos sexualmente.	Aumento de los ingresos de regulación de fecundidad de población de 15 a 19 años.		

**ESTRATEGIA:
DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

En el marco de la salud familiar, una de las principales estrategias es el trabajo en terreno, acercando el centro a la comunidad. Por la buena experiencia y acogida que el sector ha tenido en los operativos que se han realizado, se programan 4 operativos con enfoque en prevención y promoción en terreno a la comunidad del sector.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aproximar el CESFAM a la comunidad de acuerdo a su realidad local en relación a prevención y promoción de la	Realizar operativo con enfoque de salud familiar a la población a cargo en terreno.	Realizar 4 operativos en redes comunitarias locales con exámenes preventivos y sesiones	4 operativos realizados a la comunidad.	Fotografías de los operativos. Registro de actividades de los operativos	CESFAM Villa Alemana

DIAGNOSTICO SECTOR AZUL VILLA ALEMANA

El Sector azul de nuestro CESFAM comprende el área centro Norte de Villa Alemana y está delimitado, al sur Av. Valparaíso, norponiente con calle Aranda, límite poniente con Belloto y Nor oriente calle Prat.

La población general asignada al establecimiento es de 39.301 inscritos y la población del sector azul es de 10.192 usuarios correspondiente al 25.9 ,entre 4 sectores.

Por corresponder al sector central de la ciudad, podemos destacar que corresponde al área más antigua de la ciudad y abarca un gran número de establecimientos históricos, culturales, centros comerciales, servicios generales, iglesias, estadios, CESFAM, colegios e instituciones comunitarias.

Según las encuestas realizadas al ingreso e inscripción de pacientes, sobre los servicios básicos el 64 de las viviendas cuenta con agua potable, el 66 cuenta con Gas, Alcantarillado dentro de casa 63, electricidad 65

El acceso al establecimiento es adecuado ya que existe movilización expedita y variada a la puerta desde todo el sector.

El nivel socioeconómico bajo corresponde a ingresos del primer y segundo quintil.

El grupo etéreo de mayor prevalencia es de adultos mayores y el grupo más pequeño es de la población preescolar lo que responde al ser el sector más antiguo de la ciudad.

**ESTRATEGIA:
DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile, principalmente enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro vascular. Los factores de riesgo que las condicionan son en su gran mayoría prevenibles es por ello que con el propósito de reducir la morbimortalidad y el sufrimiento asociado a ellas el MINSAL propone como estrategia de prevención la aplicación anual del examen de medicina preventiva EMP entre los grupos etáreos más vulnerables (20 a 64 años)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de entre 20 y 64 años como acción de detección precoz del riesgo cardiovascular.	Ejecutar charlas espontaneas en salas de espera al público en general. Difundir la importancia del EMP en paneles informativos y medios audiovisuales	Realizar 1 charla espontanea semana. Exhibir 2 veces al día en medio audio visual del CESFAM. Coordinar semestralment e visita promocional en el canal de tv regional.	Supervisión de charlas y exhibición audiovisual. Asistencia al canal regional.	Registro de asistencia a talleres. Supervisión visual de la información en la tv en CESFAM. Registro en line de visita a canal regional.	Cesfam Villa Alemana

**ESTRATEGIA:
DE COMUNICACIÓN**

Una de las inquietudes descrita por la población en forma transversal a los 3 sectores, es sobre la información, les gustaría que fuera más clara, más oportuna e instructiva. También expresan que les gustaría exhibir información de sus juntas vecinales. Por lo cual se programa implementar paneles informativos interactivos en salas de espera. Debido a lo anterior, esta estrategia se aplicara en los 3 sectores del CESFAM.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Difundir información masiva rápida y sencilla a los usuarios externos relacionada con la prevención y promoción de salud.	Implementar panel interactivo sectorial, ubicado estratégicamente en el CESFAM.	Panel instalado en lugar programado.	Dos funcionarios del sector y un integrante de la comunidad mantienen actualizado el panel informativo	Fotografías de los paneles. Carpeta digital de la información entregada.	CESFAM V.A.

En relación al abordaje sobre los grupos de riesgo en el sector, seleccionamos 2 grupos de trabajo:

En el programa de la mujer:

Realizar estudios de familia al 50 de embarazadas adolescentes, del sector

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar estudios de familia al 50 de las embarazadas adolescentes del sector (ingresos del mes)	<ul style="list-style-type: none"> Seleccionar ingresos del mes Realizar visita domiciliaria integral Aplicar instrumentos de valoración familiar Plan de acción Exposición de resultados Ejecución del plan de acción 	50 de las embarazadas adolescentes	Nº de embarazadas con estudio de familia / Nº total de embarazadas adolescentes	Fotografías Carpeta digital de la información entregada.	

Programa del adulto, programa del adulto mayor:

A raíz de una reunión con las juntas de vecinos del sector surge la necesidad de realizar un catastro de los adultos mayores que viven en el sector e identificar aquellos que son dependientes, autovalentes, postrados y situación de soledad para realizar un plan de intervención abordable por los equipos de cabecera y generar redes de apoyo

comunitario apoyando a aquellos que requieran más apoyo.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Identificar situación de apoyo familiar de los adultos mayores del sector	Aplicar encuestas para conocer situación funcional del adulto mayor con apoyo de las juntas de	Encuestar al 60 de los hogares con adultos mayores asignados al CESFAM	N° de familias encuestadas / N° de familias asignadas al CESFAM	Percapita del sector azul en CESFAM periférico	Identificar

DIAGNOSTICO SECTOR VERDE VILLA ALEMANA: POSTA LAS AMERICAS

Corresponde al área de Nor Poniente de la comuna de Villa Alemana

Objetivos

Conocer mejor nuestra realidad, los problemas y sus causas.

Escoger problemas a intervenir.

Hacer un Plan de acción.

Problema de Salud	Objetivo	Acción
Higiene bucal en niños y adolescentes	Aumentar adherencia de higiene bucal en niños y adolescentes aumentando educación	Efectuar talleres en establecimiento educacional y de salud
Población infantil con malnutrición por exceso	Educar a padres y niños en relación a alimentación y colaciones saludables	Realización de talleres para padres y niños y charlas en establecimiento educacional
Consumo de alcohol en jóvenes	Crear conciencia en escolares y adolescente en relación al consumo de alcohol	Educación individual y grupal sobre efectos nocivos del alcohol
Embarazo adolescente	Disminuir embarazo adolescente	Educación en establecimiento educacional y de salud, en relación a prevención de embarazo

Conducta Sexual		Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes		Aumentar 20 la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente		
Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Embarazo adolescent	Promover la conducta	Realizar consejería	(N° de consejerías de	100 de las consejerías	Matronas	REM A19 Sección A1
es y VIH-SIDA e ITS	sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS	en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS.	salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente, VIH e ITS realizadas/ N° de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente y el VIH e ITS planificadas) x 100	planificadas.		
	Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Realizar consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS.	(N° Consejerías en SSR realizadas /N° Consejerías línea base 2013) x 100	Aumentar en un 10 línea base 2012 el número de consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS otorgadas a adolescentes hombres y	Matronas	REM A19 Sección A.

4.2 Problemas según área

Maternal

A causa de la gran cantidad de población femenina en edad fértil, ha habido un aumento de los embarazos, principalmente adolescentes (15 – 19 años), en los cuales existen 15 casos dentro del sector Verde. Por lo que es necesario reforzar la educación y enseñanza temprana con respecto a embarazos en adolescentes.

Dental

En relación a las consultas más frecuentes son dolor, infección, caries, desalajo de obturaciones y destartraje (Limpieza)

Se intenta fomentar la higiene bucal por medio de control niño sano, en donde se deriva a las edades de: 2 – 4 años. Sin embargo, el profesional de odontología ha realizado una metodología en donde la revisión dental se efectúa anualmente. Cabe destacar que ha ido en aumento la aparición de caries en niños a temprana edad, por lo que se requiere reforzar la higiene, tanto en la institución de salud, educacional y en el ámbito familiar.

Infantil

Con respecto a la población inscrita en Sector Las Américas, se ha encontrado un aumento en diagnóstico de mal nutrición por exceso en menores de 9 años. Una de sus causantes es la inasistencia a controles pre-escolares, tanto con profesional de enfermería, como nutricionista, lo cual determina que no se efectúe una educación correspondiente principalmente en las áreas de alimentación, ya que al no asistir se disipa la continuidad de éstos y por lo tanto no se mantiene un control efectivo con respecto a peso y talla y si son eficientes las medidas utilizadas.

Alcoholismo y Drogadicción

Por medio de control joven adolescente y consultas de morbilidad, se ha pesquisado el aumento de adolescentes con consumo de alcohol y drogas. En mayores de 15 años se ha realizado la encuesta de AUDIT, observando que puntaje requiere de intervención breve por parte de los profesionales. En relación a la realidad regional, el consumo de alcohol en población general, se encuentra en un 50.3 del cual, el grupo entre 12 y los 34 años registra una prevalencia de 51,3. Se puede observar que existe un aumento en el consumo favorecido por centros de expendio de bebidas alcohólicas sin permiso en el sector.

En relación a la drogadicción, el principal consumo es de marihuana y en menor escala cocaína, existiendo redes de microtráfico dentro del sector. Sin embargo, se ha observado una disminución en su consumo de 6,2 a 5,5.

PLANES DE TRABAJOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS CLÍNICAS

Plan de Trabajo del Laboratorio Clínico CMVA de la Corporación de Villa Alemana

Ítem	Objetivo	Meta	Actividad	Fuente del Indicador	Responsable
Toma de muestra y mejora del servicio	Disminuir los errores asociados a mala toma de muestra y molestias de pacientes.	Monitoreo del 100 de las tomas de muestras Obtener no más del 5 anual de errores de tomas de muestras monitorizadas.	Confección del manual de toma de muestra Confección de las indicaciones estándar en la toma de muestra Establecer estadísticamente el grado de error de cada toma de muestra Capacitar al personal Entregar mensualmente estadística de avance.	Nº de errores cometidos / población total de toma de muestra x100	Director del laboratorio

Ítem	Objetivo	Meta	Actividad	Fuente del Indicador	Responsable
Informes de valores críticos (valores que representan un riesgo vital para los pacientes)	Conseguir paulatinamente un informe de valor crítico oportuno para el tratamiento del paciente con riesgo vital	Informe de un 100 de los valores con riesgo en el tiempo apropiado según el "manual de valores críticos" del laboratorio	Confeccionar lista de registros Diseñar estrategias para informar los valores Generar la estadística mensual Generar una ruta para informar los valores a los distintos centros de salud de villa alemana.	Nº de pacientes con valor crítico real/ nº de pacientes informados con valor crítico x 100	Tecnólogos médicos

PROGRAMACION CUALITATIVA CESFAM VILLA ALEMANA:

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

Promoción

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	Compromiso del CESFAM
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	60 gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza.	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según nota metodológica PARN "¡Las experiencias tempranas importan mucho!".	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A27 REM P05	60 gestantes en control participan en taller de educación grupal
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento del de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100	REM A01	Aumentar los controles prenatales con pareja o persona significativa

.- Programación Cualitativa 2015., Programa Infantil

Resolución 563 / 2011.

A partir del año 2014 por primera vez el Ministerio de Salud incorpora al Plan Nacional de inmunizaciones del País la vacuna contra el VPH para todas las niñas de 4° año Básico, de carácter obligatorio, a fin de protegerlas contra el Cáncer del Cuello del Útero y otras enfermedades causadas por el mismo virus.

Las niñas recibirán una Primera dosis en Cuarto Básico y una Segunda dosis durante el Quinto año Básico .La equidad de acceso a esta vacuna queda garantizada gratuitamente por el Plan Nacional de Inmunizaciones, para todas la niñas de Cuarto y Quinto año Básico del País.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente como factores protectores de enfermedades no transmisibles	Consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	10 de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de alimentación saludable y actividad física.	(N° de consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregadas a niñas y niños menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	El 10 de los niños y niñas bajo control reciben atención integral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal	Cobertura de consulta nutricional 80 de niños 5 meses de vida. Cobertura de consulta nutricional 50 de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.	N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses. N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses	REM P 02, sección F/ sección A REM P 02, sección F/ sección A	El 80 de los lactantes de 5° mes El 50 de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.
Lograr un 60 de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña. Favorecer las clínicas de lactancia.	Incremento de 1 punto porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014) N° Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados	REM A 03	Incremento de 1 de LME respecto al año anterior

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil	<p>Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p> <p>Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p>	<p>12 de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p> <p>20 de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p>	<p>(N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100</p> <p>(N° controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 4 años)*100</p>	REM A01, Sección B	

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 6 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ N° total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	CESFAM V. Alemana : Compromiso 3 talleres por facilitador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	5 de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) *100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 SECCION A	(5)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año acerca de prevención de IRA.	cobertura de talleres en 30 de prevención Ira a madres , padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año	(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños menores	REM A27 Sección A REM P2 Sección A	CESFAM V. Alemana: mantendrá 30 cobertura
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	(100)
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado	(N° niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ N° total de niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial normal)*100	REM A03, Sujeto a cambios REM 2014	(100)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 3 meses</p>	<p>100 de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.</p>	<p>(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100</p>	<p>Registro SIGGES FONASA</p>	<p>(100)</p>

<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa.</p>	<p>Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad</p>	<p>(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/ (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)*100</p> <p>N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2014)/ (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2014)*100</p>	<p>REM A03, Sección A</p> <p>REM A01, Sección B</p>	<p>100</p>
---	--	--	---	---	------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	100 niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).	N° 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)/N° total control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM P2, Sección A	90
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	90 niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° total control de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM P2, Sección A	
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90 niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud)	(N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	90

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>Disminución del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM</p>	<p>(N° de aplicaciones con resultado de “rezago” realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ N° total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)* 100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección D.1 Denominador: REM A-03, Sección A</p>	<p>60</p>
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>50 niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.</p>	<p>(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100</p>	<p>REM A03 Sección A REM P2 Sección A</p>	<p>50</p>

Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90 niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° 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 / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	60
--	---	---	--	---	----

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:	5
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.	60 de niños bajo control eutróficos, con 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.	(N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2 sección A REM P2 sección H.	

Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 “Sección A:	5
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	Cobertura de vacunación.	(N° de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo/N° Total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Sistema Informático–RNI Proyección INE, censo 2002	97
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Cobertura de vacunación	(N° de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/N° de niños/as de 1 año)*100	Sistema Informático – RNI Proyección INE	97

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Cobertura de vacunación	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	Sistema Informático – RNI Proyección INE	97
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración del primer refuerzo de vacuna Trivírica en Primero Básico	Cobertura de vacunación	(Nº de alumnos de primero básico con primer refuerzo de vacuna trivirica/ Nº de alumnos matriculados en Primero Básico)*100	Sistema Informático – RNI Nº de matrículas en 1º básico 2015 Ministerio de Educación.	97
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administración del primer refuerzo de vacuna DTPa en Primero Básico	Cobertura de vacunación	(Nº de alumnos de Primero básico con primer refuerzo de vacuna DTPa / Nº de alumnos matriculados en Primero Básico)* 100	Sistema Informático – RNI Nº de matrículas en 1º básico 2015 Ministerio de Educación	97
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administración del segundo refuerzo de vacuna DTPa en 8º Básico	Cobertura de vacunación	(Nº de alumnos de 8º básico con segundo refuerzo de vacuna DTPa / Nº de alumnos matriculados en 8º Básico)* 100	Sistema Informático – RNI Nº de matrículas en 8º básico 2015 Ministerio de Educación	97
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Cobertura de vacunación	Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Sistema Informático – RNI Nº de matrículas en 4º básico 2015 Ministerio de Educación.	97

<p>Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en menores de 10 años</p>	<p>Confirmación de casos de tuberculosis pulmonar en menores de 10 años por medio de estudio radiológico</p>	<p>Entre 5 a 10 de los casos de tuberculosis pulmonar en menores de 10ª años diagnosticados por estudio radiológico</p>	<p>(Nº de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por estudio radiológico en menores de 10 años/Nº de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en menores de 10 años) x100</p>	<p>Registro nacional programa de tuberculosis</p>	
--	--	---	---	---	--

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	80 de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(N° de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	100 de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	

<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</p>	<p>Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo</p>	<p>100 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100</p>	<p>REM A26, Sección A REM P2, Sección C</p>	
<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</p>	<p>Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados</p>	<p>Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento</p>	<p>(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación) *100</p>	<p>REM A05, Sección G</p>	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación) *100	REM A05, Sección G	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	90 de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en las reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	90 de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(o s) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación) *100	REM A05, Sección G	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación) *100	REM A05, Sección G	

<p>Contribuir a disminución de morbimortalidad en menores de 1 años por IRA</p>	<p>Visita Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave</p>	<p>Realizar visita domiciliaria integral al 60 de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave</p>	<p>(N° de visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 1 año con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / N°total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100</p>	<p>REM P3 Sección A</p>	<p>60</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hipercinético y de la Atención (THA)</p>	<p>Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético y de la Atención (THA)</p>	<p>El 100 de los niños/as bajo control con confirmación diagnóstica con THA reciben Tratamiento Integral</p>	<p>(N° de niños/as bajo control con THA que reciben tratamiento integral / N° total de niños/as bajo control con Trastorno Hipercinético y de la Atención)* 100</p>	<p>Numerador: Registro local Denominador: Sección A</p>	<p>100</p>

<p>Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.</p>	<p>Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente, al establecimiento o definido en cada red de atención</p>	<p>100 de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento</p>	<p>Nº de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ Nº total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) x 100</p>	<p>Registros de actividad: por Establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso</p>	<p>100</p>
---	--	---	--	--	------------

.- Programación cualitativa Sala IRA - ERA 2014., Infantil

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niños (a)	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacional, etc) para impulsar ambientes libre de contaminación por humo de tabaco en establecimiento educacionales, salud y comunidad	Aumentar en un 10% línea base 2013	Nº de actividades de sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco	REM A19a Sección B1	5%
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias crónicas	Visitas domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogo, a familias con niñas (o) portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POD, AVNI, AVI)	Aumentar en 10% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POD, AVNI, AVI)	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / Nº total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) x 100	REM A23 Sección M	5%
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios	100% de niñas y niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.	(Nº de niñas y niños con categorización de severidad / Nº total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100	REM P3 sección A	100 %

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria	Aumentar en 10 la población bajo control infantil en el Programa IRA	(Población infantil bajo control actual – Población infantil bajo control año anterior) / Población infantil bajo control	REM P3(2013) Sección A REM P3(2012) Sección A	10
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años.	100 en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja.	(N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES	100

Programación Cualitativa 2015., Programa Salud Adolescente

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educativos, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud.	20 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen alimentación saludable y/o actividad física, en establecimientos educativos, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud	(N° de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A27 Sección A	
Fortalecer las habilidades parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.	100 de talleres planificados, realizados.	(N° talleres realizados / N° talleres planificados) x 100	REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014	
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	100 de controles planificados, realizados	(N° de controles realizados, según sexo/ N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	100

Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral “Joven Sano” a adolescentes de 10 a 19 años.	50 de los controles planificados se realizan en establecimientos educativos.	(N° de controles realizados en establecimientos educativos, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01	50
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico	Cobertura de vacunación	(N° de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5° básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico/N° de niñas matriculadas en 5° básico)*100	Sistema Informático – RNI N° de matrículas en 5° básico 2015 Ministerio de Educación	
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	administración del segundo refuerzo de vacuna DTPa en 8° Básico	Cobertura de vacunación	(N° de alumnos de 8° básico con segundo refuerzo de vacuna DTPa / N° de alumnos matriculados en 8° Básico)* 100	Sistema Informático – RNI N° de matrículas en 8° básico 2015 Ministerio de Educación	
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 15 a 24 años	Entre 20 y 30 de los casos de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo	(N° de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 15 a 24 años/N° de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 15 a 24 años) x100	Registro nacional programa de tuberculosis	

Programación cualitativa Sala IRA - ERA ADOLESCENTE

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el desarrollo de conductas anti tabáquicas en adolescentes	Ejecutar consejería breve antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente	100 de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco	(N° de consejerías breve anti tabáquicas realizadas/N° total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x 100	REM A19 Sección A REM A23 Sección C, D, E	100
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas	Visitas Domiciliarias integral realizada por kinesiólogo(a) en familias con adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).	Aumentar en 30 la cobertura de visitas domiciliarias integrales a adolescentes portadores de enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias adolescentes de 10 a 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales / N° total adolescentes entre 10 y	REM A23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	10

	asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).		19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales) x 100		
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de Asma Bronquial.	Aumentar en 10 la población bajo control adolescente en el Programa IRA.	(Población adolescente bajo control actual – Población adolescente bajo control año anterior / Población adolescente bajo control año anterior) x 100	REM P3 (2013-2012) REM P3 2012 Sección A	10
Mejorar la calidad de atención en población adolescente crónica respiratoria bajo control en Programa IRA	Categorizar por severidad a adolescentes crónicos respiratorios.	100 de adolescentes bajo control en sala IRA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(N° de adolescentes con categorización de severidad / N° total de adolescentes bajo control en sala IRA) x100	REM P3 Sección E REM A23 Sección A	100

ADULTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto.	100 de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x	REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E SUJETO A CAMBIO REM 2014	50

<p>Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años</p>	<p>Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años</p>	<p>Aumentar en 30 la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes de 20 a 64 años con enfermedad respiratoria crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / N° total de pacientes de 20 a 64 años con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100</p>	<p>REM 23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>10</p>
---	--	---	---	---	-----------

Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	Realizar visita en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar	50 de visitas realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	(N° de visitas domiciliarias realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) *100	REM 23 Sección M Informe DEIS SUJETO A CAMBIO REM 2014	25
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	60 cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA	(N° de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / N° total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	25
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA	60 cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA	(N° de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / N° de adultos de 20 a 64 años ingresados) x 100	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014	25
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10 de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad	(N° de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / N° de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección E y A	5

ADULTO MAYOR

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más.	100 de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antitabaco.	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y mas / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	REM A23 Sección L1, A,B,C,D,E SUJETO A CAMBIO REM 2014	50
Aumentar la cobertura de atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).	Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).	Establecer línea base e incrementar en 15 la cobertura de visitas a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).	(N° de visitas domiciliarias realizadas a personas de 65 años y más con enfermedad respiratorio crónico severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / N° total de personas de 65 años y más con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100	REM A23 REM P3 SUJETO A CAMBIO REM 2014	5

<p>Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.</p>	<p>Realizar encuestas de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar</p>	<p>Realización de encuestas a lo menos al 50 de los familiares de fallecidos por neumonía en domicilio</p>	<p>(N° de encuestas realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100</p>	<p>REM A23 Sección M DEIS SUJETO A CAMBIO REM 2014</p>	<p>25</p>
--	---	--	--	--	-----------

Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más	Aumentar en 10 la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control actual – Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas)	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	10
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años	100 de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional	(N° de personas de 65 años y más con categorización de severidad / N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014	100
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.	60 cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa ERA	(N° de personas de 65 años y más con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA/ N° de personas de 65 años y más ingresados al Programa ERA) x 100	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014	30

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	100 de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES	100
Mejorar la calidad de atención en	Realizar rehabilitación pulmonar en	10 de personas de 65 años y más	(N° de personas de 65 años y más	REM P3 Sección E y A	5
población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más.	usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa	con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / N° de personas de 65 años y más con EPOC bajo control) x 100		

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del examen médico preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar examen de medicina preventiva del adulto aplicando pauta de protocolo	Mantener cobertura EMP respecto a lo realizado el 2013	(N° de EMP realizados a población adulta beneficiaria de Fonasa / población total beneficiaria de Fonasa) x100	REM A02, sección B
Aumentar la cobertura de personas entre 20 a 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP, y en consulta en morbilidad	De acuerdo a la prevalencia local aumentar en un 2 respecto al año anterior	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control/N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x100	REM P04, Sección A
Aumentar cobertura de personas adultas con Hipertensión	Pesquisa a través del EMP, y en consulta en morbilidad	De acuerdo a la prevalencia local aumentar en un 1 respecto al año anterior la cobertura de personas con Hipertensión	(N° de personas adultas con Hipertensión bajo control/N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x100	REM P04, Sección A
Disminuir la incidencia de amputación en extremidades inferiores en pacientes con diabetes	Control de salud: evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las guías clínicas de diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 70 de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realizara una evaluación de los pies.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizo una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° totas de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x100	REM P04, Sección A

<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo</p>	<p>Control de salud: Aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica (Clearence <60)</p>	<p>100 de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas</p> <p>100 de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica</p>	<p>(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con un manejo avanzado/ Nº totas de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x100</p> <p>(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV clasificados según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/ Nº total de adultos hipertensos o diabéticos bajo control en el PSCV al corte) x100</p>	<p>REM P04; Sección C Registro local.</p> <p>REM P04, Sección B</p>
--	---	---	---	---

Programa de salud del adulto

Área estratégica: prevención Área estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas a 20 a 64 años bajo control por hipertensión (PA < 140/90 mmHg) en el último control.	Control salud cardiovascular Tratamiento Control grupal por enfermera	Al menos el 2 del incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mmHg respecto al año anterior.	(Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con PA <140/90 mmHg/ N° total de personas hipertensas esperadas según prevalencia) x100	REM P04, Sección B
Aumentar la cobertura efectiva de personas a 20 a 64 años bajo control con diabetes Mellitus.	Control de salud con examen de Hemoglobina Glicosilada HbA1c < 7 Control grupal con enfermera	Incrementar en un 1 la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con diabetes Mellitus tipo 2 (HbA1c <7) respecto al año anterior	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7 según último control/N° total de personas de 20 a 64 años con DMII según ENS 2009-2010 en PSCV)x100	REM P04, Sección B

<p>Establecer línea de base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas de 20 a 64 años</p>	<p>Control de salud: evaluar riesgo coronario</p>	<p>Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control no diabéticos de riesgo cardiovascular alto y muy alto con P.A. <140/90 mmHg y Col LDL <100 mg/dL.</p> <p>Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control diabéticos de riesgo cardiovascular alto y muy alto con HbAc1<7 y P.A <130/80 mmHg</p> <p>Definir línea base de 20 a 64 años años bajo control diabéticos de riesgo cardiovascular alto y muy alto con HbAc1<7, P.A <130/80 mmHg y Col LDL <100 mg/dL</p>	<p>(N° de personas de 20 a 64 años no diabéticas bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con P.A. <140/90 mmHg y Col LDL <100 mg/dL en el último control/N° total de personas de 20 a 64 años bajo control de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100</p> <p>(N° de personas de 20 a 64 años diabéticos bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con HbAc1<7 y P.A <130/80 mmHg en el último control /N° total de personas diabéticas de 20 a 64 años en PSCV de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100</p> <p>(N° de personas de 20 a 64 años diabéticos bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con HbAc1<7, P.A <130/80 mmHg y Col LDL <100 mg/dL en el último control /N° total de personas diabéticas de 20 a 64 años en PSCV de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100</p>	<p>REM P04, Sección B</p> <p>REM P04, sección A.</p>
--	---	---	--	--

<p>Promover el envejecimiento activo y al auto cuidado en el adulto mayor</p>	<p>Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMPAM como acción de detección precoz del riesgo</p>	<p>Incrementar al menos en un 2 respecto a la línea de base del año anterior.</p> <p>87</p>	<p>(N° de personas adultas mayores autovalentes bajo control/N° total de adultos mayores bajo control)x100</p>	<p>REM P05, Sección A</p>
---	--	---	--	---------------------------

Área estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Prevenir la dependencia del adulto mayor con factores de riesgo detectados en el EMPAM	Realizar examen de medicina preventiva del adulto mayor aplicando pauta de protocolo	Incrementar al menos un 1 el EMPAM respecto al año anterior.	(N° de Adultos de 65 años y mas con EMPAM vigente/población inscrita de 65 años y mas) x100	REM A02, sección B Población inscrita de 65 años y más validada por Fonasa.
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMPAM , y en consulta en morbilidad	De acuerdo a la prevalencia local aumentar en un 10 respecto al año anterior	(N° de personas adultas mayores con diabetes tipo 2 bajo control en el PSCV/N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x100	REM P04, Sección A F y G Población estimada según prevalencia
Aumentar cobertura de personas de 65 años y mas con Hipertensión	Pesquisa a través del EMPAM, y en consulta en morbilidad	De acuerdo a la prevalencia local aumentar en un 2 respecto al año anterior la cobertura de personas adultas mayores con Hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con Hipertensión bajo control en PSCV/N° total de adultos mayores hipertensos esperados prevalencia) x100	REM P04 , Sección A

<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas adultas mayores en riesgo</p>	<p>Control de salud: Aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica (Clearence <60)</p>	<p>100 de las personas adultas mayores diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica</p>	<p>(N° de adultos mayores hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV clasificados según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/ N° total de adultos mayores hipertensos o diabéticos bajo control en el PSCV al corte) x100</p>	<p>REM P04, Sección B</p>
--	---	---	--	---------------------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura efectiva de adultos mayores bajo control por hipertensión (PA < 140/90 mmHg) en el último control.	Control salud cardiovascular Tratamiento Control grupal por enfermera	Al menos el 2 del incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de adulto mayor bajo control con presión arterial bajo 140/90 mmHg respecto al año anterior.	(N° de adultos mayores hipertensos con PA <140/90 mmHg/ N° total de adultos mayores hipertensos esperadas según prevalencia) x100	REM P04, Sección B
Aumentar la cobertura efectiva de adultos mayores bajo control con HbA1c < 7	Control de salud con examen de Hemoglobina Glicosilada HbA1c < 7 Control grupal con enfermera	Mantener cobertura efectiva del adulto mayor con diabetes Mellitus tipo 2 (HbA1c <7) respecto al año anterior	(N° de personas adultos mayores diabéticos con HbA1c <7 según último control/N° total de personas adultas mayores diabéticas con DMII según ENS 2009-2010 en PSCV)x100	
Establecer línea de base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en adultos mayores	Control de salud: evaluar riesgo coronario	Definir línea base en personas adulto mayor bajo control no diabéticos de riesgo cardiovascular alto y muy alto con P.A. <140/90 mmHg y Col LDL <100 mg/dL. Definir línea base en adultos mayor bajo control diabéticos de riesgo cardiovascular alto y muy alto con HbAc1 <7 y P.A <130/80 mmHg	(N° de personas adulto mayor no diabéticas bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con P.A. <140/90 mmHg y Col LDL <100 mg/dL en el último control/N° total de personas adultas mayores bajo control de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100	

			<p>(N° de personas de personas adulto mayor diabéticos bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con HbAc1<7 y P.A <130/80 mmHg en el último control /N° total de personas adulto mayor diabéticas en PSCV de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100</p> <p>(N° de personas adulto mayor diabéticos bajo control de riesgo cardiovascular alto, muy alto con HbAc1<7, P.A <130/80 mmHg y Col LDL <100 mg/dL en el último control /N° total de personas diabéticas adulto mayor en PSCV de riesgo cardiovascular alto y muy alto al corte) x100</p>	
--	--	--	--	--

PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL

**SALUD MATERNA Y NEONATAL
PREVENCIÓN**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el de ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	(N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2015 [MENOS] N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014/N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014) x 100	REM A05 / P06	Aumento en un 30 respecto a año 2014.
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	(N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2015 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014))*100	REM A05 /P06	Aumento en un 30 respecto al año 2014.

SALUD EN LA INFANCIA

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento	
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de niñas/os(5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos, en relación al año anterior	N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2014)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2014)) * 100	REM A5 /P06	Aumento en un 20 respecto a año 2014.	
	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior.	(N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015) (MENOS) (N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)/N° de niños/as (0 a 9 años)en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)*100	REM A05/P06	Aumento en un 30 respecto a año 2014.	
	Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)	(N° de Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de niños y niñas de 0 a 9 años)*100.	REM P06	Línea base de 20 niños por CESFAM, correspondiente al 0,5 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental				REM A06 Supeditado a modificación REM A05	Línea base de 9 casos por CESFAM, correspondiente al 0,08 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19	100 de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	(N° de ingresos a educación de habilidades parentales/N° de educaciones grupales en habilidades	REM A27 Sección A y B Supeditado a cambio de REM	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Entregar atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2015 (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas	REM 05	Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ

<p>Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.</p>	<p>Entregar atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género.</p> <p>Entregar atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género</p>	<p>Aumentar la atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.</p> <p>Aumentar la atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.</p>	<p>(N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015 (MENOS) N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014)) x100</p>	<p>REM 05</p> <p>REM 05</p>	<p>Aumento de un 10 respecto a ingresos año 2014.</p> <p>Aumento de un 10 respecto a ingresos año 2014.</p>
<p>Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de</p>	<p>Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales</p>	<p>Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de</p>	<p>N° Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje</p>	<p>REM A03, Supeditado a cambio de REM</p>	<p>Aplicar instrumento al 100 de jóvenes entre 15 y 19 años.</p>

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación a año anterior.	(N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014) x 100	REM A05	Ingreso del 100 de jóvenes entre 20 y 24 años con AUDIT mayor a 15 puntos.

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 a 14 años.	(N° de adolescentes de 10 a 14 años que ingresan a tratamiento de depresión /población de 10 a 14 años inscrita validada)*100	REM A05	100
	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	100 de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	(N° de adolescentes de 15 a 19 años que ingresan a tratamiento de depresión /población de 15 a 19 años inscrita validada)*100	SIGGES	100
	Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida)*100	REM A05	Aumentar 10 respecto a ingresos 2014.
	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	REM P06	Línea base de 50 adolescentes por CESFAM entre 10 y 19 años, correspondiente al 1,2 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	Línea base de jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015 [MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)*100	REM P06	Línea base de 5 adolescentes por CESFAM entre 20 Y 24 años, correspondiente al 0,12 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años) Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	(N° de Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05 REM A06 Supeditado a modificación REM	Línea base de 2 casos por Consultoría Infanto Adolescente.. Línea base de 3 casos anuales revisados en Consultoría Adultos.

SALUD EN EDAD ADULTA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos	Realizar tamizaje consumo de alcohol(*) (*) Indicador solo aplica a comunas que implementan el Programa Vida Sana Alcohol en APS Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10 de la población inscrita entre 25 y 64 años. Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95 de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos).	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, con tamizaje a través de AUDIT / N° población inscrita entre 25 y 64 años) x 100 (N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N° consultantes, entre 25 y 64 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos) x 100	REM A03 REM A03	50 100
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de genero	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° de mujeres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Género 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género año 2014 /N° total de	REM 05	Aumento en un 50 respecto a meta 2014 establecida por SSVQ
Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años)	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	(N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2014) x 100	REM A03	100 personas adultas atendidas en Salud Mental.

<p>Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.</p>	<p>Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.</p>	<p>Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias en relación año anterior.</p>	<p>N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015 (MENOS) N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014) / N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014)*100</p>	<p>REM A05</p>	<p>Aumentar 10</p>	
	<p>Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.</p>	<p>Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.</p>	<p>(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014 (MENOS) (N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100</p>	<p>REM A05</p>	<p>Aumentar 10</p>	
	<p>Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol</p>	<p>Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior</p>	<p>(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)/ (N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100</p>	<p>REM A05</p>	<p>Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ</p>	
	<p>Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)</p>	<p>Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)</p>	<p>(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2014) x 100</p>	<p>REM P6</p>	<p>Línea base de 350 adultos en tratamiento por depresión por CESFAM correspondiente al 0,45 de la población comunal.</p>	
	<p>Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)</p>	<p>Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)</p>	<p>Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)</p>	<p>N° de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años</p>	<p>REM P6</p>	<p>Línea base de 8 adultos por CESFAM correspondiente al 0,03 de la población comunal.</p>
	<p>Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)</p>	<p>Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)</p>	<p>Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.</p>		<p>REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05</p>	<p>Linea base de 15 casos por CESFAM.</p>
	<p>Grupos de autoayuda por establecimiento o que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)</p>					<p>12 sesiones por CESFAM</p>

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014) x	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de género	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014) x100	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014) x 100	REM A03 /P06	Aplicación de instrumento al 100 de AM con sospecha de trastornos mentales

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por establecimiento
Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales	Personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental de consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	(N° de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) con consumo perjudicial o dependencia al alcohol 2015/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal. 100
	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión	100 de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100	SIGGES	Línea base de 15 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,3 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)/ Población beneficiaria validada por FONASA de 65 años y más)*100.	REM P06	Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más) / Población beneficiaria validada por FONASA de (65 años y más)*100.		Línea base de 2 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,03 de la población comunal.

Programación Cualitativa Servicio Odontológico

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha emprendido un desafío significativo. Reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una política pública para la década 2011 – 2020 que tenga como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con nueve Objetivos Estratégicos. Estos Objetivos generan una Estrategia Nacional de Salud, que tiene elementos de continuidad y elementos de cambio. La Estrategia implica apuntar a reducir el impacto de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, desde la tuberculosis a los problemas cardiovasculares, adicionando causas de mortalidad como los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar por medio de acciones como aumentar las patologías AUGE, generar paquetes preventivos garantizados, mejorar la cobertura del tratamiento de Hipertensión y Diabetes, entre otras medidas; la estrategia también implica atacar factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo; atacar los riesgos para la salud tanto en las diferentes etapas de vida, como para las distintas

situaciones sociales, demográficas; velar por contar con ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. Junto con lo anterior, la estrategia implica reforzar el sistema público de salud, cerrando las brechas en recursos humanos, potenciando la atención primaria, acreditando a los hospitales de la red, mejorando el acceso a las atenciones de salud, mejorando el trato a los usuarios, y dando a la población acceso a medicamentos de calidad y a precio justo. Finalmente, la estrategia recoge la necesidad de estar preparados para emergencias y desastres como los vividos en el país el 27 de febrero de 2010, contando con una red de salud que pueda responder en forma oportuna. Sin embargo, la misma formulación de esta Estrategia reconoce que el enfoque de los problemas descritos debe ser necesariamente multisectorial, y ser capaz de convocar a agentes públicos y privados, organizaciones ciudadanas, universidades e institutos, Ministerios y hasta la propia Presidencia de la República, de nuevo en una perspectiva de Estado, de corto y largo plazo. Este es un desafío de marca mayor. La probabilidad de tener éxito dejando esta tarea sólo a Salud es baja. Por ello, desde hace un año, el Gobierno se ha enfocado en una perspectiva de convocatoria a diversos actores, a través del Programa “Elige Vivir Sano”, que en el momento de lanzar esta Estrategia Nacional de Salud se muestra como imprescindible. Como sostiene la propia “Declaración de Valparaíso” recientemente elaborada con ocasión de los 200 años del Congreso Nacional, se requiere una coordinación que garantice esta perspectiva colaborativa, dependiente de la Jefatura de Estado, y que haga de esta política una tarea de todos.

Las políticas en salud van dirigidas a dar cobertura a las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario que permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, optimizando el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles, y a facilitar la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de dar satisfacción a las necesidades de salud de la población.

Los desafíos interpuestos para la Programación en Red 2014 siguen siendo fundamentales para el año 2015:

1. Considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
2. Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una Planificación de la Red Asistencial, y a corto plazo la Programación anual de la Red.
3. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
5. Desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, se releva la implementación de las estrategias trazadoras, que den cuenta del Modelo de atención integral, como son: los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

La situación de Salud en la Región Valparaíso para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020 es concordante con la situación nacional asociada en gran parte al mejoramiento de la situación social y económica, políticas sociales orientadas a la población más vulnerable y en el avance significativo del sistema de salud pública.

Ha habido un avance muy significativo en las enfermedades asociadas a saneamiento básico e higiene, pero esta realidad es inequitativa entre las 38 comunas de la región y estas patologías siguen constituyendo riesgo especialmente en las áreas urbanas marginales y rurales. Por otro lado ha habido aumento de la notificación de casos de enfermedades transmitidas por alimentos que requieren campañas educativas masivas para el consumo de alimentación sana y segura.

Hay problemas de salud de baja cobertura a nivel nacional y regional como son los problemas de salud bucal y mental que requieren estrategias innovadoras de abordaje tanto en lo preventivo y promocional como en la rehabilitación de los casos detectados. Muestran una importancia creciente los problemas de salud asociados al desarrollo y al trabajo como son los riesgos por contaminación ambiental, riesgos laborales y ocupacionales y todas las enfermedades relacionadas a estilos de vida no saludables como es la malnutrición por exceso , consumo perjudicial de drogas ilícitas y alcohol , que se traduce en accidentes de tránsito asociados a alcohol y una conducta sexual poco responsable con las consecuencias de embarazo adolescente, incidencia de ITS y VIH/SIDA .

Por último , el sistema de salud pública nacional y regional se ha visto sometido a una presión creciente y continua generada por las grandes expectativas de la población que genera una mayor y exigente demanda tanto en cobertura como en calidad de las intervenciones ofrecidas.

En cuanto a salud bucal, si bien la Región de Valparaíso presenta mejores resultados en las patologías bucales más prevalentes en relación al promedio nacional, sigue existiendo índices altos de daño a medida que aumenta la edad, desde un 14,29 de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 presenta alguna enfermedad periodontal. Para poder revertir este daño, se focalizará en una instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, un acceso adecuado a fluoruros para prevención y control de caries y proteger y limitar el daño en las edades de mayor riesgo biológico.

La Atención Primaria de Salud es el eje del Sistema Sanitario, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades.

Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contra referencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la hospitalización.

Objetivo sanitarios

Los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020 para la Salud Bucal son “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”, siendo la meta al 2020:

- Aumentar un 35 la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.

- Disminuir un 15 el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

Conjuntamente con la búsqueda de mejorar indicadores de salud se aspira a mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas, teniendo como objetivo “Disminuir la Insatisfacción Usuaría”, para ello, la meta al año 2020 es:

- Disminuir un 30 el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria.

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota se divide en cuatro sectores: Borde costero, Viña del Mar, Marga Marga y Quillota Petorca.

Nuestro sector corresponde al de la Provincia del Marga Marga, compuesta por las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué.

Es así como nuestro equipo de salud odontológico intercomunal ha tomado este desafío orientando todos sus recursos a formalizar una red de atención efectiva y eficiente.

Programación

En nuestra comuna de Villa Alemana se presentan tres Centros de Salud Familiar, estos han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario.

A partir de la información analizada, los recursos establecidos y las Normas emanadas del MINSAL, los equipos locales programan el qué, quiénes, dónde, cuándo y cómo se efectuarán el cumplimiento de las metas establecidas en los grupos priorizados.

El Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario se debe expresar en todos los momentos de la programación, de modo que lo que se proponga realizar el equipo local considere a las personas, familias y comunidad como recursos para la mantención y recuperación de la salud.

A nivel odontológico, la Red Marga-Marga consta de Tres Hospitales de distinto nivel de complejidad. El Hospital de Quilpué que es el hospital de mayor complejidad, con un Consultorio de Especialidades adosado (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial y Endodoncia; el Hospital Juana Ross de Peñablanca, que se dedica principalmente a la resolución de urgencias y a especialidades de rehabilitación en base a Prótesis y Endodoncia. En la comuna de Limache encontramos el Hospital Santo Tomás de Limache, hospital base tipo cuatro, con un Consultorio adosado, con atención odontológica dedicada a la APS y un servicio de especialización en Endodoncia. Además en esta comuna se encuentra el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde, hospital dedicado a la atención geriátrica y de rehabilitación del adulto mayor y también a la resolución de patologías temporomandibulares y dolor orofacial de la red enfocado a pacientes de 15 o más años. Además, se cuenta con el apoyo en algunas especialidades con el Módulo Odontológico Simón Bolívar (manejo de niños difíciles y traumatismo dento alveolar) y Hospital Gustavo Fricke (ortodoncia, implantología y rehabilitación sobre implantes).

Conforman esta Red, además, los siguientes Centros de Salud de Atención Primaria:

Comuna De Quilpué

- Consultorio Belloto Sur de Quilpué.
- CESFAM Aviador Acevedo, Belloto Norte de Quilpué.
- Consultorio de Quilpué.
- CESFAM Iván Manríquez , Los Pinos de Quilpué.
- Consultorio Pompeya de Quilpué.

Comuna De Villa Alemana

- CESFAM Eduardo Frei de Villa Alemana.
- CESFAM Villa Alemana.
- CESFAM Juan Bautista Bravo Vega de Villa Alemana

Comuna De Limache Y Olmue

- CESFAM Manuel Lucero de Olmué.
- Consultorio adosado al Hospital Santo Tomas de Limache.

En la Comuna de Villa Alemana, específicamente en el Cesfam Villa Alemana, se lleva a efecto especialidades odontológicas como Cirugía Oral, Ortodoncia, Rehabilitación en base a Prótesis Removible.

El modelo de Salud Familiar revela el nuevo rol de la Atención Primaria de Salud, como el eje que coordina y es base del cuidado continuo de la salud de la población, pero también como una estrategia de desarrollo, contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas. En este contexto, se espera que la difusión de información pertinente a estilos de vida y hábitos

que pueden influir en el estado de salud de la población, induzca la adopción de conductas favorables al mejor estado alcanzable de salud, según el potencial individual de cada persona.

En el ámbito de la salud bucal, persiste una alta prevalencia de problemas odontológicos, en todos los grupos etáreos, y si bien, en general, no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas. Las patologías orales de mayor prevalencia son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales, y Anomalías Dento - Maxilares.

En este marco, es de especial importancia fomentar el autocuidado en salud de la población, de modo que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

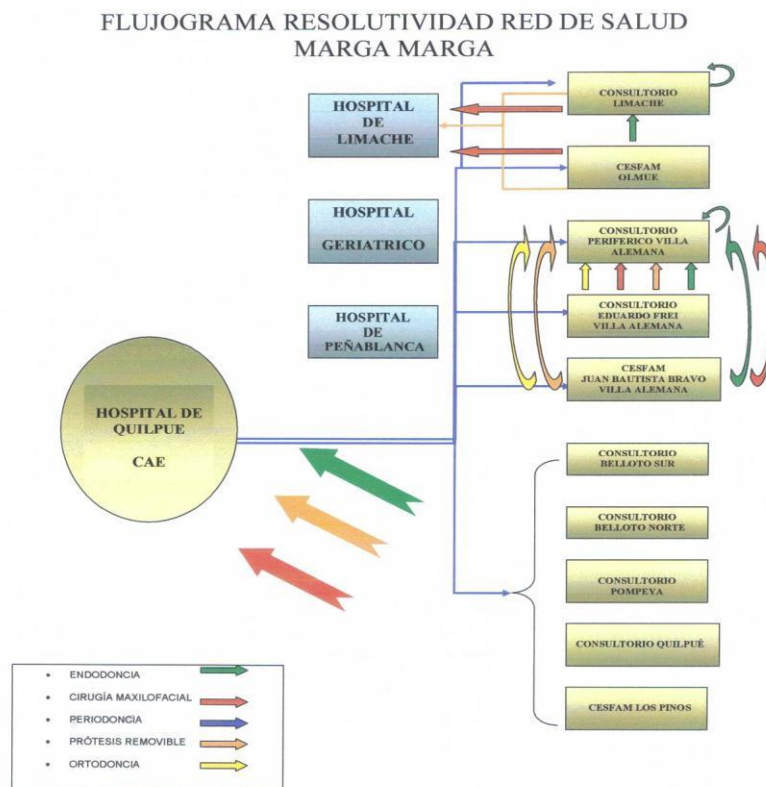
Los Programas Odontológicos actualmente se enfocan en brindar atención odontológica Integral, tanto de Promoción, Prevención y Actividades Curativas, fundamentalmente dirigidos a grupos etáreos priorizados por el Ministerio de Salud. La cobertura se determina en forma porcentual, y esta varía de acuerdo a la cantidad de beneficiarios de cada comuna.

Canasta de Prestaciones

No podemos dejar de mencionar y establecer que a nivel comunal, en lo referente a la oferta de la canasta de prestaciones a los usuarios, también existen diferentes realidades. Además, a nivel de APS, las cuatro comunas cuentan con Programas de Resolutividad, y en los Hospitales se desarrollan los Programas del Adulto Mayor.

Tabla Prestaciones de Salud de Nivel Secundario en las diferentes comunas.

	Endodoncia	Periodoncia	Ortodoncia	Prótesis Removible	Cirugía Oral Y Maxilofacial
OLMUE					
LIMACHE	X			X	
PENABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA			X	X	X
QUILPUE				X	
QUILPUE CAE	X	X		X	X



Actualmente existe el Programa de Rehabilitación, con las siguientes prestaciones FONASA:

- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Removible De 15 A 59 Años.
- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Fija De 15 A 59 Años.
- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Implanto-Asistida 15 A 59 Años.
- Implantación Prótesis En Personas De 60 A 65 Años (Rehabilitación Implanto-Asistida)

Programa Odontológico Comunal

Programa Ges Odontológico Familiar:

- Atención Odontológica a la mujer Embarazada.
- Atención Odontológica a niños(as) de 6 años.
- Atención de Urgencias Odontológicas GES

Programa Odontológico Integral:

- Endodoncias en APS.
- Prótesis Removible en APS.
- Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos y Programa Más Sonrisas

Programa Ges Odontológico Del Adulto

- Atención Odontológica Integral del Adulto de 60 años

Programa Sembrando Sonrisas En Preescolares:

- Entrega de set de higiene bucal y educación en salud oral a niños de 2 a 5 años.
- Aplicaciones de barniz de flúor comunitario a niños de 2 a 4 años.

IAAPS (Índice De Actividades En APS):

- Altas Integrales en Menores de 20 años.

Programa Odontológico JUNAEB:

- Atención odontológica integral de escolares de Pre-kinder a 8° básico de colegios adscritos al módulo dental JUNAEB.

Cuidados odontológicos de la Salud de la Población por ciclo vital

Tema/	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal en Preescolares	Mejorar y mantener la salud bucal de la población Preescolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	(N° de niños de 2 años con alta Odontológica total / Total de niños de 2 años inscritos o beneficiarios) x100 (N° de niños de 4 años con alta Odontológica total / Total de niños de 4 años inscritos o beneficiarios) x100	REM 09 Población per cápita	Priorizar a los Niños de 2 y 4 años derivados según riesgo y daño, desde el Control de Salud del Niño Coordinación interna del equipo de salud. Tratamiento Visita a los Jardines infantiles JUNJI e INTEGRA para educación , entrega de kit de aseo bucal y aplicación de barniz de flúor comunitario
GES 6 años	Incrementar la cobertura atención odontológica integral. (GES Salud Oral Niños 6 años)	N° de niños y niñas que a los 18 meses asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 12 a 23 meses que asisten a control sano. N° de niños y niñas que a los 3,5 años asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a control sano	REM 02 REM 09	Visita a Escuelas de Lenguaje para educación y entrega de set de higiene oral a niños de 2 a 5 años de edad. Atención a niños de pre-kinder y kínder de las escuelas adscritas al modulo JUNAEB de la comuna Coordinación con Enfermeras de cada sector Consejería en hábitos higiénicos y nutricionales.
		(N° de niños de 6 años con alta Odontológica / Total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios) x100 (N° de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total / Total de niños de 12 años inscritos o beneficiarios) x100		Atención Odontológica Integral a todo niño de 6 años que consulte espontáneamente en dental o sea derivado desde otro servicio. Atención a niños de 1° básico de las escuelas municipalizadas y subvencionadas de la comuna

<p>Salud bucal 12 años</p>	<p>Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes</p>	<p>(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben consejería / Total de niños de 12 años con alta odontológica total) x100</p> <p>(N° de menores de 20 años con alta odontológica total / Total de niños de menores de 20 años con alta odontológica total) x100</p>	<p>REM A09</p>	<p>Consulta odontológica integral. Integración con Establecimientos educacionales del sector.</p> <p>Atención a niños de 7° básico de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna.</p> <p>Atención Odontológica Integral a todo niño de 12 años que consulte espontáneamente en dental o sea derivado desde otro servicio.</p>
<p>Salud bucal en resto de población escolar y adolescente</p>	<p>Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar y adolescente a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes</p>		<p>REM A09</p>	<p>Consulta odontológica integral. (consulta espontánea en su respectivo Cesfam).</p> <p>Atención a niños de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna de pre-kinder a 8° básico.</p> <p>Atención odontológica integral en módulo dental JUNAEB de la comuna.</p>

Cuidados odontológicos de la Salud de la Mujer embarazada

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de la Mujer	Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes	(N° altas odontológicas totales gestantes / N° total de gestantes bajo control) x100.	REM 09 REM 05	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal -Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro -Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en control maternal en este CESFAM.

Salud integral adulto 60 años

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de Adulto mayor	GES: Salud oral integral del adulto de 60 años	(N° altas odontológicas totales en adulto de 60 años / N° total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el sistema público) x100	REM 09 SIGGES Registro per cápita	Integración con Programa crónicos, clubes adultos mayores.

Orientaciones Programáticas 2015 Minsal

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
1	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar 2 y 4 años, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niños y niñas.	45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100
			45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 4 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100
2	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años)	Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía Clínica GES	Alcanzar un 79 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100
3	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Consulta odontológica Integral	Alcanzar o superar el 74 de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos en SNSS.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			10 de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
4	Aumentar el número de gestantes, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 68 de cobertura en altas odontológicas totales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento.	(N° de gestantes con alta odontológica total/ N° de gestantes ingresadas a control prenatal) X 100
	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes.	Consulta odontológica integral	68 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	(N° de embarazadas con alta odontológica total / total de embarazadas inscritas o beneficiarias)* 100
5	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	37.9 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.	(N° de adultos de 60 años con alta odontológica total/Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100
6	Proteger la salud bucal de las gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.	Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT).	Alcanzar un 90 de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud.	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ N° Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control pre natal al programa) x 100
	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 25 de las gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de embarazadas con alta odontológica) x100

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

– SERVICIO SOCIAL

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Descripción Programa:

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Taller 1: Beneficios sociales	15 gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Realización de 1 Sesión de taller a gestantes.

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	80 de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03 SECCION B3	Aplicación de Escala de Edimburgo
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	100 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	Nº de gestantes control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal x 100	REM A03 SECCION B2	Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Seguimiento de gestante con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	90 de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100.	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD INFANTIL – SERVICIO SOCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”	Realizar a lo menos 3 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.	REM A19a Sección B.1:	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de COMSE, y Actividades de PROMOS.

Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educativos, salud y hogares).	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	Aumentar en un 20 línea de base 2014.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE y Actividades de PROMOS
---	--	---------------------------------------	--	------------------------	--

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral	50 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.	Numerador: REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.	80 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.	Nº de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / Nº de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM Sección B1 A19a	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE y Actividades de PROMOS
Fortalecer estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud.	Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida.	30 de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección tempranamente	(Nº de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /Nº total de establecimientos escolares que trabajan la	REM Sección B1 A19a	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE, Dupla Psicosocial y Actividades de PROMOS.

		de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida.	estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100		
--	--	--	---	--	--

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.	Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.	100 de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.	(N° de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta / N° total de adolescentes con situación de violencia) x 100	REM A05 Sección N	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación.
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial.	50 Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.	(N° de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / N° Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

			riesgo psicosocial) x 100		
--	--	--	---------------------------	--	--

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior	(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / N° total de personas adultas inscritos) x100	REM A19a Sección A Población inscrita validada	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE, Taller de Autocuidado y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Visita Domiciliaría Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	30 de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTO MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

ÁREA ESTRATÉGICA PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ N° Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100	A19A y 19B	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, Equipo Gerontológico Taller de Autocuidado, Grupo de Autoayuda, Monitores en Salud y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local	100 de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / N° de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	A06	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontánea y/o Derivación, Taller de Autocuidado Consejo Local, Equipo Gerontológico.

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).	100 de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / N° total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100.	Rem A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación, Consejo Local, Equipo Gerontológico.
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.	100 de las familias con persona de 65 años y más con demencia con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / N° total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100		
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.	100 de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / N° total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 104) x 100		

ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN

Tratamiento, Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Visita Domiciliaria Integral.	100 de personas en situación de discapacidad ingresadas a Servicio social.	(N° Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación de Intra y Extra sector, Consejo Local, Equipo Gerontológico.
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10 de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20 de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	N° personas que logran inclusión social /N° total de ingresos *100 N° de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A19A y REM A4	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación y coordinación Intra y Extra sectorial.

CESFAM EDUARDO FREI

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2014

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud sexual y reproductiva y el de atención integral, está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, en este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud. Las y los usuarios participan junto a los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí, sus parejas y sus familias.

Se intenta que ambas visiones se complementen, integrando los conocimientos técnicos y la experiencia profesional con las percepciones y necesidades sentidas por las y los usuarios. Es un enfoque integral, es decir interdisciplinario donde también participan otros profesionales y la propia comunidad. Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva, trascienden el enfoque tradicional, cobran una dimensión mayor pues involucran otros aspectos como la libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida.

Muchos de los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva son evitables por lo que las acciones se centran en la promoción, la prevención y la integralidad para así dar respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital.

Los objetivos del programa se centran en

Incrementar la información , educación y preparación para una vida sexual y reproductiva responsable

La prevención de embarazos no deseados

La prevención de ITS

La atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido

La planificación familiar

La atención de los y las adolescentes para que lleguen en óptimas condiciones a la vida adulta

La atención de las necesidades biomédicas y psicosociales a las personas fuera de los períodos reproductivos de la vida como son menopausia y postmenopausia

Propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, como sujetos de su propia sexualidad, y como participantes en el proceso reproductivo.

SUBPROGRAMAS

A.- CHILE CRECE CONTIGO

Objetivos	Metas	Actividades	Indicadores	Fuente Del Indicador
Brindar atención integral a la mujer y su familia en la etapa preconcepcional, gestación y puerperio.	El 100 de las mujeres que solicitan atención, reciben atención integral	Consejería preconcepcional a todas las mujeres y/o parejas que lo soliciten.	Nº de consejerías realizadas/ Nº total de personas atendidas que desean embarazo	REM 01
		Control prenatal precoz (antes de las 14 semanas de gestación)	Nº ingresos prenatales antes de las 14 semanas/ Nº total de ingresos prenatales	P01
Aumentar el nº de mujeres con preparación para el parto y crianza con participación de pareja o acompañante.	El 50 de gestantes en control participa en talleres	Talleres de 4 sesiones para gestantes.	Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)	REM A27 REM P05
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo	Aumentar el porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro respecto al año anterior	Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados	REM A01
Prevenir el Parto prematuro	Al 100 de las gestantes en control, se les evalúa, pesquisa y deriva si existen factores de riesgo de parto prematuro	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Detectar embarazadas con	100 de las embarazadas con riesgo biomédico se	Derivar a ARO del nivel secundario las gestantes con	(Nº de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel	REM A05 Población de

riesgo biomédico	derivan al nivel secundario , para ser evaluadas por especialista , según guía perinatal	factores de riesgo biomédico, según guía perinatal vigente	secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico	gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Al 100 de las gestantes, se les realiza examen de RPR , según normativa	Realización tamizaje de sífilis según normas vigentes. Detección, tratamiento y seguimiento según normativa al 100 de las gestantes con serología reactiva.	N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación)	REM A11 REM A05
Dar prioridad al control de la dñada antes de los 10 días de vida.	El 60 de las púérperas y recién nacidos son atendidos antes de los 10 días de vida	Primer control de salud de la púérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.	N° ingresos de RN a control de salud integral de púérperas y recién nacido antes de los 11 días de vida / N° total de ingresos de RN a control antes de 28 ds	REM A01 REM A05
Detección de Depresión en el embarazo	100 de gestantes con aplicación de Escala Edimburgo	Aplicar evaluación Psicosocial abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	N° de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/N° total de gestantes ingresadas)	REM A03 REM A05
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (EPSA)	90 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	N° de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /N° total de gestantes en control prenatal	REM A03 REMA05
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.	90 de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera	(N° de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / N° de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA)	REM P1
Vigilar el aumento	100 de derivación a	Consulta nutricional	N° de gestantes con	REM P01

de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	de gestantes con malnutrición por exceso	malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso)	
---	--	--	---	--

B.- VIH- ITS

Objetivos	Metas	Actividades	Indicadores	Fuente Del Indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes	Brindar atención integral y de calidad al 100 de las personas que consulten por sospecha de ITS o VIH- SIDA.	Realizar consejería pre test al 100 de las personas que soliciten el test de Elisa. Realizar consejería VIH pre test al 100 de las gestantes que ingresen a control prenatal.	N° de personas con consejería pre y post test/ N° total de personas que solicitan test de Elisa	REM A19
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS	Aumentar en un 10 consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS	Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.	N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2015 (MENOS) N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)/ N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014	REM A19a: Sección A1
Detectar, tratar y/o derivar oportunamente, en casos de serologías positivas	Realizar consejería pre y post test al 100 de las personas que soliciten el test de Elisa.	Realizar consejería VIH post test al 100 de los usuarios que reciban resultado del test de VIH.	N° de gestantes que reciben consejería/ N° de gestantes ingresadas al control de gestación	REM A19 REM A5
	Realizar diagnóstico, tratamiento y/o	Realizar Consejería en prevención de ITS/VIH-SIDA al	N° de adolescentes con consejería/ N° total de adolescentes	REM A19

	derivación oportuna al 100 de los usuarios que consulten por ITS.	100 de los adolescentes que estén en control de regulación de la fecundidad y/o que lo soliciten.	que ingresan a Reg. Fecundidad	
		Realizar Consejería VIH- ITS al 100 de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.	N° de charlas educativas de prevención de ITS en colegios efectuadas	REM A19
		Realizar Consejería VIH- ITS al 100 de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.		
		Realizar control de morbilidad a todos los usuarios que consulten por sospecha de ITS.		
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	Realizar diagnóstico, tratamiento y/o derivación oportuna al 100 de los usuarios que consulten por ITS.	Realizar consejería VIH post test al 100 de los usuarios que reciban resultado del test de VIH.	N° de adolescentes con consejería/ N° total de adolescentes que ingresan a Reg. Fecundidad	IC GES F. CLINICA
	100 de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación	Boletín ENO F. CLINICA
	Realizar diagnóstico, tratamiento, derivación oportuna	Realizar notificación en boletín ENO de todos los casos de		REM 11 REM A05

	y seguimiento al 100 de las gestantes, puérperas y recién nacidos con VDRL reactivo.	VIH(+), sífilis y gonorrea confirmados.		
	Realizar diagnóstico, consejería y derivación oportuna del 100 los casos de VIH(+) confirmados por el ISP, en gestantes y puérperas en control.	Manejo, según norma de todos los casos de sífilis y VIH (+) de embarazadas, puérperas y recién nacidos en control.	Notificaciones efectuadas/ Casos VIH +, sífilis, gonorrea confirmados	REM 11 F. Clínica Boletín ENO Auditorias
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto	(N° de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología)	REM A01

C.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Fomentar la planificación familiar en mujeres y hombres usuarios de APS, en edad fértil.	Educación sobre uso correcto de métodos anticonceptivos al 100 de los usuarios, que ingresen a planificación familiar.	Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva	Nº de Consejerías en SSR otorgadas/Nº de consejerías solicitadas	REM A19
		Orientación, consejería y prescripción de MAC	Nº de Consejerías en SSR otorgadas/Nº de consejerías solicitadas	REM A19
		Ingreso y control de usuarios/as al programa de Regulación de Fecundidad	Nº de usuarios ingresados al programa RF	REM A5 CENSO P1
Brindar atención de calidad a todos los usuarios que consulten por métodos anticonceptivos.	Entrega de métodos anticonceptivos al 100 las/los usuarias/os que requieran un MAC según normativa de Regulación de Fecundidad	Rescate de puérperas adolescentes inasistentes a control de Regulación de la Fecundidad	Nº de puérperas adolescentes inasistentes que acuden a inicio de MAC	Tarjetero MAC
Facilitar el acceso de los adolescentes al uso de los métodos anticonceptivos.	Entrega de métodos anticonceptivos al 100 las/los usuarias/os que requieran un MAC según normativa de Regulación de Fecundidad	Control preconcepcional.	Nº de gestantes que ingresan a control con fracaso de MAC/Nº de gestantes que ingresadas	Ficha Clínica REM 01 CENSO P1
Disminuir la tasa de embarazo adolescente no deseado o por uso incorrecto de métodos anticonceptivos.	Que el 100 de las puérperas de parto y aborto reciban consejería en Regulación de Fecundidad y MAC	Educación sobre uso correcto de métodos anticonceptivos dirigidos a adolescentes en liceos y colegios de la comuna.	Nº de embarazos planificados	REM 05

	Facilitar el acceso, mediante horario flexible, al 100 de los adolescentes que deseen iniciar un método anticonceptivo.			

D.- CANCER CERVICOUTERINO Y DE MAMAS

Objetivos	Meta	Actividades	Indicadores	Fuente Del Indicador
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	Alcanzar un 65 de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos. REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 año
			Eventos de difusión realizados N° de PAP efectuados Cobertura de PAP vigente	REM A19 CENSO P1
			N° de usuarias con PAP positivos derivadas (GES)/N° total de mujeres con PAP positivos	IC GES F.CLINICA
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.)	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE	(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015 (MENOS	REM P12 Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a

	de 50 a 59 años.			59 años
	EFM al 100 de mujeres en control ginecológico		Nº de mujeres con EFM Nº de mujeres con Mamografía efectuada	F.CLINICA. HOJA DIARIA ACT.
Aumentar la solicitud de mamografías en los grupos de mayor riesgo.	Solicitar mamografía al 100 de mujeres con sospecha de nódulo maligno (solo si existe disponibilidad)	Educación de pesquisa precoz a través de EFM en horario habitual y ampliado.		F.CLINICA. HOJA DIARIA ACT.
		Solicitud de Mamografía en mujeres de riesgo y en mujeres de 50 años, según disponibilidad de Plan de Resolución de Especialidades		
		Derivación oportuna a nivel secundario de casos detectados.	Nº de mujeres con mamografías alteradas y derivadas (GES)/ Nº de mujeres con mamografía alterada	IC GES F. CLINICA

E- INFERTILIDAD Y GINECOLÓGICO/CLIMATERIO

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente Del Indicador
Promover la salud sexual y reproductiva	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad	Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad	N° de consultas en infertilidad / N° de mujeres en edad fértil Inscrita validada	REM A 04
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica	(N° de mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada	REM A01/ Población inscrita validada
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años)	Aumentar en 2 la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio	N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2015 (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014	REM P1

PROGRAMA INFANTIL

PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer 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 alimentación saludable y actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	10 de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de alimentación saludable y actividad física.	(N° de consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	El 10 de los niños y niñas bajo control reciben atención integral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente	Cobertura de consulta nutricional 80 de niños 5 meses de vida. Cobertura de consulta nutricional 50 de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.	N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses. N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses	REM P 02, sección F/ sección A REM P 02, sección F/ sección A	El 80 de los lactantes de 5° mes El 50 de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.

<p>Lograr un 60 de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.</p>	<p>Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña. Favorecer las clínicas de lactancia.</p>	<p>Incremento de 1 punto porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.</p>	<p>Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014)</p> <p>Nº Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados</p>	<p>REM A 03</p>	<p>Incremento de 1 de LME respecto al año anterior</p>
---	--	--	--	-----------------	--

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil</p>	<p>Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p> <p>Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p>	<p>12 de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p> <p>20 de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p>	<p>(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100</p> <p>(Nº controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 4</p>	<p>REM A01, Sección B</p>	

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 6 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ N° total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	CESFAM V. Alemana : Compromiso 3 talleres por facilitador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	5 de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) *100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 SECCION A	(5)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año acerca de prevención de IRA.	cobertura de talleres en 30 de prevención Ira a madres , padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año	(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños menores	REM A27 Sección A REM P2 Sección A	CESFAM V. Alemana: mantendrá 30 cobertura
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	(100)

Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado	(N° niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ N° total de niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial normal)*100	REM A03, Sujeto a cambios REM 2014	(100)
--	---	--	---	------------------------------------	-------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 3 meses	100 de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	Registro SIGGES FONASA	(100)

<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa.</p>	<p>Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad</p>	<p>(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/ (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2014)*100 N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la</p>	<p>REM A03, Sección A REM A01, Sección B</p>	<p>100</p>
---	--	--	---	---	------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)</p> <p>Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.</p>	<p>100 niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).</p> <p>90 niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.</p>	<p>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)/Nº total control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100</p> <p>(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº total control de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100</p>	<p>REM A03, Sección B REM P2, Sección A</p> <p>REM A03, Sección A REM P2, Sección A</p>	<p>90</p>
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>90 niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud)</p>	<p>(Nº 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) x 100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:</p>	<p>90</p>

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	Disminución del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(N° de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ N° total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)* 100	Numerador: REM A-03, Sección D.1 Denominador: REM A-03, Sección A	60
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50 niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	50

Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90 niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° 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 / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	60
--	---	---	--	---	----

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:	5

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.	60 de niños bajo control eutróficos, con 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.	(N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2 sección A REM P2 sección H.	
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:	5

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	80 de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(N° de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	100 de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) * 100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	100 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	REM A26, Sección A REM P2, Sección C	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación) * 100	REM A05, Sección G	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	90 de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8.	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	90 de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de	REM A05, Sección G	
Contribuir a disminución de morbimortalidad en menores de 1 años por IRA	Visita Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave	Realizar visita domiciliaria integral al 90 de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave	(N° de visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA,AVNI,AVI) / N°total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100	REM A 23 Sección M REM P3 Sección A	90
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hiperactivo y de la Atención (THA)	Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hiperactivo y de la Atención (THA)	El 100 de los niños/as bajo control con confirmación diagnóstica con THA reciben Tratamiento Integral	(N° de niños/as bajo control con THA que reciben tratamiento integral / N° total de niños/as bajo control con Trastorno Hiperactivo y de la Atención)* 100	Numerador: Registro local Denominador: Sección A	100

Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente, al establecimiento definido en cada red de atención	100 de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento	N° de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso	100
--	---	--	---	---	-----

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA 2015., PROGRAMA SALUD ADOLESCENTE

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud.	20 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen alimentación saludable y/o actividad física, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud	(N° de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A27 Sección A	

Fortalecer las habilidades parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.	100 de talleres planificados, realizados.	(N° talleres realizados / N° talleres planificados) x 100	REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014	
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	100 de controles planificados, realizados	(N° de controles realizados, según sexo/ N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	100
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	50 de los controles planificados se realizan en establecimientos educativos.	(N° de controles realizados en establecimientos educativos, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01	50

PROGRAMACION CUALITATIVA 2015

PSCV

ADULTO

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2013.	(N° de EMP realizados a población adulta beneficiaria FONASA/ Población Total adulta beneficiaria FONASA) x 100	REM REM A02 , Sección B REM A02 Sección B	Compromiso incrementar la cobertura de los EMP Realización de operativos
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 1 respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control/ N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A	Compromiso incrementar la cobertura de personas adultas con hipertensión
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 1 respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A	Compromiso incrementar la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2
Disminuir la incidencia de amputación de	Control de Salud: Estimación del	El 80 de las personas con diabetes	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo	REM P04; Sección A REM P04,	Compromiso 60 personas con diabetes tipo 2

<p>extremidades inferiores en pacientes con diabetes.</p>	<p>riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013</p>	<p>tipo 2 ingresadas se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM .</p> <p>100 de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</p>	<p>SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>con evaluación de pie,</p>
<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearence < 60) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min)</p>	<p>80 de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100</p>	<p>REM PO 4 Sección B*</p>	<p>Compromiso 100 personas adultas diabéticas o hipertensas</p>

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 1 de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (64.3)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1c <7)	Incrementar en un 1 la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (Hb A1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7 según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia ENS 2009-2010 en PSCV) x 100	REM P04; Sección B	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 a 64 años	Control de salud: evaluar Riesgo coronario.	Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl. Definir línea base en 20 a 64 años bajo	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100 (Nº 20 a 64 años diabéticos bajo control en	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario

		<p>control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl</p>	<p>PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7 y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100</p> <p>(N° 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (N° total de 20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.</p>		
<p>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 15 a 64 años en control PSCV.</p>	<p>Control de Salud PSCV: aplicación Anual.</p>	<p>Incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses , de las personas Diabéticas de 15-64 años en control PSCV.</p>	<p>(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)</p>	<p>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab)</p>

				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) x 100.	
--	--	--	--	---	--

ADULTO MAYOR

Área Estratégica: Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 1 punto porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A	Compromiso incrementar 1 cobertura de los EMP Realización de operativos

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMPAM.	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 1 el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por Fonasa	Compromiso incrementar 3 cobertura de los EMP
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).	20 de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	(N° 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)/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con	REM A01 Sección C	Compromiso incrementar en un 20 las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia cuentan en control de seguimiento
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas Años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 1 respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3)	

<p>Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.</p>	<p>Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.</p>	<p>Incremento de a lo menos un 1 respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control</p>	<p>(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100</p>	<p>REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25)</p>	<p>Compromiso incrementar 15 la cobertura de personas AM con DM2</p>
<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearance < 60) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min)</p>	<p>80 de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100</p>	<p>REM PO 4 Sección B*</p>	<p>Compromiso 100 personas adultas diabéticas o hipertensas</p>
<p>Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes AM.</p>	<p>Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013</p>	<p>El 80 de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM</p> <p>100 de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100</p> <p>(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas</p>	<p>REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile. REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>Compromiso 60 personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,</p>

			con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100		
--	--	--	--	--	--

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1 de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	Nº de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7 en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1 de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7 respecto al año Anterior	Nº de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7 / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM.	Control de salud: Evaluar riesgo coronario.	Definir línea base en personas AM bajo control “no diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl. Definir línea base en Adulto mayor bajo control	(Nº personas Adulto Mayor no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de AM bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100 (Nº de Adultos mayores diabéticos bajo control en	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario

		<p>“diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en AM bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl</p>	<p>PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7 y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100</p> <p>(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (N° total AM diabéticos bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.</p>		
<p>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 65 años y más en control PSCV.</p>	<p>Control de Salud PSCV: aplicación Anual.</p>	<p>Incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses , de las personas Diabéticas de 65 años y más en control PSCV.</p>	<p>(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)</p>	<p>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 65 años y más</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab)</p>

				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) x 100.	
--	--	--	--	---	--

Programación 2015:

Programa Nacional De Inmunizaciones, Tuberculosis y Epidemiología

El PNI y Epidemiología son programas con coberturas transversales y de amplia cobertura en la población. Las estrategias generales están enfocadas a la prevención de enfermedades y tratamiento oportuno de estas, ya que asumen un alto porcentaje de mortalidad y transmisibilidad.

Programa Infantil

Área estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente y polio oral en niños menores de un año de vida.	95 cobertura de Vacunación.	N° de niños/as menores de un año vacunados con Pentavalente y Polio oral, con esquema primario completo /N° Total de niños menores de un año de vida x 100	RNI Proyección INE	

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de esquema primario completo vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año	95 Cobertura de Vacunación	N° de niños/as de un año con esquema completo de vacunas Neumocócica Conjugada /N° de niños/as de año x 100	RNI Proyección INE	
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	95 Cobertura de vacunación	N° de niños/as con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / N° de niños/as de un año x 100	RNI Proyección INE	
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administrar la primera dosis de vacuna contra el virus del papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	95 Cobertura de vacunación	N° de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico / N° de niñas matriculadas en 4° año básico x 100	RNI N° de matrículas en 4° básico 2015 Ministerio de Educación (matriculados en los colegios)	
Reducir la carga de enfermedad por	Rescatar los inasistentes a la tercera dosis de	90 de la población inasistente a	N° de niños rescatados/N° total de	Numerador: Sistema Informático	

inmunoprevenibles	vacuna Pentavalente + Polio oral y Neumocócica conjugada y primera dosis de Trivírica	las tercera dosis de vacunación.	inasistentes a la tercera dosis de vacuna Pentavalente + Polio oral y Neumocócica conjugada x 100	REM – RNI Denominador : Proyección INE	
Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente ⁵⁶ al establecimiento definido en cada red de atención	100 de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados derivados para finalizar estudio y seguimiento.	Nº de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control - citados - derivados/ Nº total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control x 100	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso	
Realizar exámenes preventivos a toda la población infantil contacto de tuberculosis	Realizar exámenes radiográficos y PPD a todo niño/a que sea contacto de Tuberculosis	El 100 de los niños y/o niñas contactos de tuberculosis	Nº de niños con exámenes de TBC / Nº total de niños contactos de TBC	Registro de contactos de usuarios con TBC	

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Proveer quimioprofilaxis a niños contactos de usuarios con Tuberculosis.	Administrar medicamentos quimioprofiláticos de tuberculosis a niños con indicación médica.	100 de niños contactos de usuarios con Tuberculosis, con indicación médica de tratamiento quimioprofilático.	Nº de niños en tratamiento de quimioprofilaxis de TBC/Nº de niños con indicación de tratamiento de quimioprofilaxis	Registro de contactos con tratamiento profiláctico de Tuberculosis.	

PROGRAMA SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico.	95 Cobertura de vacunación	N° de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5° básico y que recibieron una primera dosis durante 4° año básico/N° de niñas matriculadas en 5° básico x 100	RNI N° de matrículas en 5° básico 2015 Ministerio de Educación	
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 15 a 24 años	Entre 20 y 30 de los casos de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo	N° de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 15 a 24 años/N° de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 15 a 24 años x100	Registro nacional programa de tuberculosis	

PROGRAMA ADULTO

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Examen de baciloscopía en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Baciloscopía en el 100 de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas 15 a 64 años / N° total de consultas de morbilidad) x 100	Registro nacional programa de tuberculosis	
Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Examen de baciloscopía en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Baciloscopía en el 100 de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	(N° de baciloscopias de diagnóstico realizadas en personas de 15 a 64 años / N° total de controles de salud) x 100	Registro nacional programa de tuberculosis	

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	Aumentar en 10 el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad y consulta espontánea	Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad y consulta espontánea de 25-64 años 2015 (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años año 2014)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, año 2014)*100	REM A11	
---	---	--	---	---------	--

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100 de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis x 100	Registro nacional programa de tuberculosis	100 de las personas en control y tratamiento por tuberculosis

<p>Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH</p>	<p>Examen de Baciloscopía</p>	<p>100 de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizados.</p>	<p>Nº de BK de diagnóstico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas por patologías respiratorias x 100</p>	<p>Registro nacional programa de tuberculosis</p>	
<p>Detectar co - infección VIH/ TBC</p>	<p>Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años. Solicitud de Rx de Tórax, BK y PPD a personas VIH (+) en control.</p>	<p>100 de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH.</p> <p>100 de personas VIH (+) se realizan Rx. de Tórax, BK PPD</p>	<p>Nº Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar/ Nº total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años x 100.</p> <p>Nº de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años que se realizan Test de Elisa para VIH/ Nº total de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años en control x 100</p> <p>Nº de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ Nº total de Personas VIH (+) en control x 100</p>	<p>Registro nacional programa de tuberculosis</p>	

<p>Suministrar tratamiento medicamentoso a los usuarios con Tuberculosis.</p>	<p>Administrar medicamentos bajo supervisión a los usuarios con Tuberculosis</p>	<p>100 de los usuarios notificados con Tuberculosis.</p>	<p>Nº de usuarios que reciben tratamiento para Tuberculosis/ Nº total de usuarios notificados con Tuberculosis.</p>	<p>Registro local Registro nacional programa de tuberculosis</p>	
---	--	--	---	--	--

Garantizar controles médicos mensuales a todos los pacientes en tratamiento con Tuberculosis	Otorgar controles médicos integrales, mensuales a los usuarios notificados y tratados por Tuberculosis.	100 de los usuarios con Tuberculosis atendidos en CESFAM.	Nº de usuarios con TBC con control médico mensual/Nº total de usuarios con TBC en el CESFAM.	Registro local	
Garantizar Baciloscopía y radiografías de tórax a los usuarios en tratamiento con Tuberculosis.	Otorgar exámenes de Baciloscopía y radiografías a los usuarios de TBC que reciben su tratamiento en el CESFAM.	100 de los usuarios con TBC atendidos en el CESFAM.	Nº de usuarios con TBC con BK y radiografía de tórax mensual/Nº total de usuarios con TBC en el CESFAM.	Registro local	

PROGRAMA ADULTO MAYOR

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios.	Examen de Baciloscopía en adultos mayores con síntomas respiratorios.	Baciloscopía en el 100 de los adultos mayores con síntomas respiratorios.	N° de Baciloscopía de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de consultas de morbilidad x 100. N° de bacilos copias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / N° total de controles de salud x 100.	Registro nacional programa de tuberculosis Registro nacional programa de tuberculosis	
Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad.	Incrementar en un 35 la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	RNI Población Inscrita, bajo control, 2015	

Suministrar tratamiento medicamentoso a los usuarios adultos mayores con Tuberculosis.	Administrar medicamentos bajo supervisión a los usuarios adultos mayores con Tuberculosis.	100 de los usuarios adultos mayores notificados con Tuberculosis.	Nº de usuarios adultos mayores que reciben tratamiento para Tuberculosis/ Nº total de usuarios notificados con Tuberculosis.	Registro local Registro nacional programa de tuberculosis	
Garantizar controles médicos mensuales a todos los pacientes adultos mayores en tratamiento con Tuberculosis	Otorgar controles médicos integrales, mensuales a los usuarios adultos mayores notificados y tratados por Tuberculosis.	100 de los usuarios adultos mayores con Tuberculosis atendidos en CESFAM.	Nº de usuarios adultos mayores con TBC con control médico mensual/Nº total de usuarios adultos mayores con TBC en el CESFAM.	Registro local	
Garantizar Baciloscopía y radiografías de tórax a los usuarios adultos mayores en tratamiento con Tuberculosis.	Otorgar exámenes de Baciloscopía y radiografías a los usuarios adultos mayores con TBC que reciben su tratamiento en el CESFAM.	95 de los usuarios adultos mayores con TBC atendidos en el CESFAM.	Nº de usuarios adultos mayores con TBC con BK y radiografía de tórax mensual/Nº total de usuarios adultos mayores con TBC en el CESFAM.	Registro local	

Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad	Lograr una cobertura de 40 de Cobertura local de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas / N° Total de personas de 65 años inscritos) x 100	RNI	
--	--	--	--	-----	--

PROGRAMACIÓN 2015 COMUNA DE VILLA ALEMANA SERVICIO: NUTRICIÓN

PROGRAMA O SERVICIO: MATERNAL – NUTRICIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el número de mujeres con capacidad de autocuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Taller 2: Alimentación Saludable en Embarazada Taller 4: Lactancia Materna	80 gestantes en control participan en taller para gestantes	N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	El 80 de las mujeres reciben atención integral

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Vigilar el aumento de peso durante la gestación en embarazadas con malnutrición tanto por excesivo y por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	70 Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso y déficit	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100 (número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición déficit)* 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	El 70 de las mujeres reciben atención integral

PROGRAMA O SERVICIO: INFANCIA – NUTRICIÓN

PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	10 de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de alimentación saludable y actividad física.	(N° de consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	El 10 de los niños y niñas bajo control reciben atención integral

Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional individual al 5º mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6º mes. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal	Cobertura de consulta nutricional 80 de niños 5 meses de vida. Cobertura de consulta nutricional 50 de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.	Nº niños con consulta nutricional al 5º mes / Nº total de niños en control entre 6 y 11 meses. Nº niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses	REM P 02, sección F/ sección A REM P 02, sección F/ sección A	El 80 de los lactantes de 5º mes El 50 de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.
Lograr un 60 de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña. Favorecer las clínicas de lactancia.	Incremento de 1 punto porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014) Nº Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados	REM A 03	Incremento de 1 de LME respecto al año anterior

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE – NUTRICIÓN

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes de 10 a 19 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 9 a 12 años.	50 de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	(Nº de adolescentes entre 9 a 12 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención Nº total de adolescentes entre 9 a 12 años con primer control realizado por el PVS) * 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	50 de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen criterios de ingreso al programa

PROGRAMA O SERVICIO: ADULTO MAYOR - NUTRICIÓN

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Difusión a través de trípticos, Página web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 5 la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM año 2015(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM año 2014)	REM D16, sección B	Aumentar 5 la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM respecto de año anterior

PROGRAMA O SERVICIO: ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	REM A19a, Sección B1	Al menos 1 evento masivo de alimentación saludable en el año

PROGRAMA IRA

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente Del Indicador
Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.	Educación a gestantes, madres, padres o cuidadores de niños desde los 0 a 14 años con enfermedades respiratorias.	Acceder al 10 de población cuidadora de niños entre los 0 y 14 años con riesgo de padecer una IRA.	(Nº de participantes en actividades de educación antitabaco / Nº total de población entre 0 y 14 años) x 100.	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente Del Indicador
Contribuir a la prevención del consumo de tabaco en mujeres gestantes, su familia y evitar la contaminación intradomiciliar por humo de cigarro.	Taller N° 1 "Tallera antitabaco para gestantes" Programa CHCC	Acceder al 80 de las mujeres gestantes en control en el CESFAM	(N° de gestantes en control con taller realizado / N° gestantes en control) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL SERVICIO MATERNAL
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación, así como en RN y lactantes	Taller N° 2 "Prevención de IRA para gestantes" Programa CHCC	Acceder al 80 de las mujeres gestantes en control en el CESFAM	(N° de gestantes en control con taller realizado / N° gestantes en control) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL SERVICIO MATERNAL
Realizar VDI a lactantes menores con Score Moderado o Grave de Riesgo de Morir Por Neumonia	VDI a hogar del lactante	Realizar VDI al 100 de los lactantes derivados por enfermera(o) desde control niño sano	(N° pacientes derivados a VDI / N° VDI realizadas) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente Del Indicador
Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde el mismo CESFAM.	Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde el mismo CESFAM.	Controlar al 100 de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA por médico desde el mismo CESFAM.	(N° de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / N° de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA) x 100.	Construcción en base a datos propios

Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	Controlar al 100 de pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	(N° de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / N° de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales)) x 100.	Construcción en base a datos propios
Mantener y/o mejorar calidad de vida de pacientes con patologías respiratorias crónicas (Asma, SBOR) bajo control en Programa IRA.	Control con Médico IRA programado durante el año.	Realizar al menos dos controles anuales con Médico IRA según Norma MINSAL a pacientes con patologías crónicas (Asma, SBOR)	(N° de controles realizados por Médico IRA en el año / N° de pacientes bajo control en Programa IRA) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA IRA
	Controles con Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica.	Controlar al 100 de los pacientes derivados a Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica, previa derivación de médico de la red pública de salud.	(N° de controles realizados por Kinesiólogo IRA a pacientes reagudizados / N° de pacientes controlados en Sala IRA por Kinesiólogo IRA) x 100.	REM CORRESPONDIENTE ESTADÍSTICA PROPIA
	VDI según necesidad	Realizar VDI al 100 de pacientes en estudio de familia, según requerimiento.	N° VDI realizadas / N° Total de VDI Solicitadas	REM CORRESPONDIENTE ESTADÍSTICA PROPIA
	Toma de Espirometría o Flujometría según normas MINSAL	Realizar Espirometría o Flujometría 1 vez al año a pacientes con patologías crónicas en control en Programa IRA, según edad.	(N° de Espirometrías y Flujometrías realizadas/N° pacientes controlados en Programa IRA) x	Rem correspondiente Y estadísticas población bajo control programa ira

			100	
	Monitoreo de uso de fármacos (inhaladores)	Monitorear al menos 1 vez al mes el correcto uso de fármacos (inhaladores)	Nº de monitoreos mensuales de correcto uso de fármacos	Construcción en base a datos propios
	Rescate de pacientes inasistentes	Realizar rescate de pacientes inasistentes al menos una vez al año, en época de menor carga asistencial de Sala IRA	Nº de operativos de rescate de pacientes inasistentes en época de menor carga asistencial de Sala IRA	Construcción en base a datos propios
Disminuir consultas por crisis y hospitalizaciones de pacientes con patologías agudas y crónicas (Asma, SBOR) controlados en Programa IRA	Hospitalización abreviada según Normas MINSAL	Realizar hospitalización abreviada al 100 de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación.	(Nº de HA realizadas / Nº de pacientes que requieren HA) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
	Tratamiento de crisis según Normas MINSAL	Realizar al 100 de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación.	(Nº de tratamiento de crisis realizados / Nº de pacientes que requieren tratamiento de crisis) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
Disminuir morbilidad por Neumonía en pacientes de 0 a 14 años inscritos en el CESFAM	Difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	Realizar por lo menos 1 vez al año difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	Nº de difusiones de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	Construcción en base a datos propios
	Atención Kinesiológica oportuna según normativa a menores de 1 año con	Controlar al 100 de los pacientes menores de 1 año con diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA	(Nº de pacientes menores de 1 año con NAC controlados en Sala IRA/Nº de pacientes	Construcción en base a datos propios

	diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA		menores de 1 año con NAC derivados a Sala IRA) x 100	
	Educación respecto a signos y síntomas de alarma a padres y/o cuidadores de los pacientes.	Realizar educación al ingreso agudo y crónico con kinesiólogo al 100 de los pacientes controlados en Sala IRA.	(N° de educaciones realizadas al ingreso a Sala IRA / N° de pacientes derivados a Sala IRA) X 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

ÁREA ESTRATÉGICA: REHABILITACIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente Del Indicador
Otorgar cobertura de atención domiciliaria a pacientes con patologías crónicas como: Oxígeno dependientes, FQ, etc.	Visita domiciliaria (según indicación) a pacientes con patologías crónicas como Oxígeno dependientes, FQ, etc.	Realizar visita domiciliaria (según indicación) al menos una vez al año al 100 de los pacientes con patologías crónicas como Oxígeno dependientes, FQ, etc.	(N° VDI realizadas/N° pacientes patologías crónicas indicadas) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

Programación ERA:

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Contribuir a la disminución de la Morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios bajo control en Sala ERA	Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA	(N° de controles en Sala ERA a pacientes crónicos respiratorios mayores de 15 años/ total de pacientes crónicos respiratorios mayores de 15 años bajo control) x 100	REM 23 Registro local	40
	-Flujometría -Educaciones Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.	Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.	(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en Sala ERA) x 100		100
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	-Atención médica -Atención kinésica -Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George) -Aplicar índice de BODE -Realizar test de marcha. -Realizar Espirometría -Realizar Pimometría	Rehabilitar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	(N° Pacientes en rehabilitación / N° total pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión) x 100	REM 23 REM 26 Registro Local	5

<p>Aumentar la cobertura de atención a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias</p>	<p>Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores</p>	<p>Realizar visitas a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias</p>	<p>REM 23 Registro local</p>	<p>100</p>
--	---	---	--	----------------------------------	------------

crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC, LCFA)	de enfermedades respiratorias crónicas.		crónicas / N° total de pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas) x 100		
Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años	-Atención médica oportuna -Atención kinésica oportuna -Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud - Educación individual y a la familia.	Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años	(N° atenciones en Sala ERA a pacientes con diagnóstico de NAC mayor 65 años/ N° total pacientes diagnosticados NAC mayor 65 años)	REM 23 REM 19 Registro local	50

<p>Cumplir Ley GES de Asma, EPOC y NAC</p>	<p>-Garantizar atención espontanea al 100 de la demanda descompensada. - Asegurar la toma de Espirometría al 100 de las sospechas según corresponda. - Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100 de las sospechas según corresponda. - Garantizar el 100 de confirmación diagnóstica. - Mantener el stock de fármacos. -Realizar un monitoreo continuo.</p>	<p>Cumplir 100 garantías establecidas en la Ley GES</p>	<p>100 cumplimiento GES</p>	<p>Registro hoja diaria GES Tarjetero Sala ERA</p>	<p>100</p>
<p>Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en control.</p>	<p>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. - Educación individual y grupal antitabaco.</p>	<p>Incrementar las consejerías, educación individual en los controles de pacientes con Enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>(Nº de consejería antitabaco o educación individual/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias bajo control en Sala ERA) x 100</p>	<p>REM 23 REM 19 Registro local</p>	<p>5</p>

SALUD MENTAL

SALUD MATERNA Y NEONATAL

PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género	Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 [MENOS]/(N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2014)/ N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género en 2014)	REM 05 / P06	Aumento en un 50 respecto a meta 2014 establecida por SSVQ
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el de ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	(N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2015 [MENOS] N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014/N° de	REM A05 / P06	Aumento en un 30 respecto a año 2014.

Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	(N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2015 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por	REM A05 /P06	Aumento en un 30 respecto al año 2014.
---	--	---	--	--------------	--

SALUD EN LA INFANCIA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
	Ingreso a tratamiento de niñas/os(5 a 9 años) con Trastornos Hiperkinéticos	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) con Trastornos Hiperkinéticos, en relación al año anterior	N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hiperkinéticos 2015 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hiperkinéticos 2014)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hiperkinéticos(2014)) * 100	REM A5 /P06	Aumento en un 20 respecto a año 2014. Aumento en un 30 respecto a año 2014.
	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hiperkinético (0 a 9 años)	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior. Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hiperkinético (0 a 9 años)	(N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015) (MENOS) (N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)/N° de niños/as (0 a 9 años)en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)*100	REM A05/P06	Línea base de 20 niños por CESFAM, correspondiente al 0,5 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal. Línea base de 9 casos por CESFAM, correspondiente al 0,08 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.

<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales</p>	<p>Casos revisados en consultoría de Salud Mental</p>	<p>Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)</p>	<p>(N° de Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de niños y niñas de 0 a 9 años)*100.</p>		
---	---	---	---	--	--

TRATAMIENTO

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19 años.	100 de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	(N° de ingresos a educación de habilidades parentales/N° de educaciones grupales en habilidades parentales planificadas) x 100	REM A27 Sección A y B Supeditado a cambio de REM	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Entregar atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Aumentar la atención adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2015 (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2014) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas	REM 05	Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ

Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Entregar atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015 (MENOS) N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas	REM 05	Aumento de un 10 respecto a ingresos año 2014.
Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	N° Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje (GHQ12).	REM A03, Supeditado a cambio de REM	Aplicar instrumento al 100 de jóvenes entre 15 y 19 años.

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación a año anterior.	(N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014) x 100	REM A05	Ingreso del 100 de jóvenes entre 20 y 24 años con AUDIT mayor a 15 puntos.

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 a 14 años.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida)*100	REM A05	100
	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	100 de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015 [MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014) *100	SIGGES	100
	Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	(N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014) *100	REM A05	Aumentar 10 respecto a ingresos 2014.
	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	(N° de Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 10 a 19 años)*100.	REM P06	Línea base de 50 adolescentes por CESFAM entre 10 y 19 años, correspondiente al 1,2 de la población comunal.
	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión	(N° de jóvenes de 20-24 años en tratamiento por Depresión/Población beneficiaria de 20 a 24 años)*100.	REM P06	Línea base de 5 adolescentes por CESFAM entre 20 Y 24 años, correspondiente al 0,12 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adolescentes (10 a 19 años) 2015 / N° de adolescentes (10 a 19 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	REM A06	Línea base de 2 casos por Consultoría Infanto Adolescente..
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de jóvenes (20 a 24 años)2015 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	Supeditado a modificación en REM / REM A05	Línea base de 3 casos anuales revisados en Consultoría Adultos.
				REM A06	Supeditado a

SALUD EN EDAD ADULTA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos	Realizar tamizaje consumo de alcohol(*) (*) Indicador solo aplica a comunas que implementan el Programa Vida Sana Alcohol en APS	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10 de la población inscrita entre 25 y 64 años.	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, con tamizaje a través de AUDIT / N° población inscrita entre 25 y 64 años) x 100	REM A03	50
	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95 de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N° consultantes, entre 25 y 64 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje	REM A03	100
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de género	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° de mujeres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Género 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años)	REM 05	Aumento en un 50 respecto a meta 2014 establecida por SSVQ
Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años)	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	(N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2014) x 100	REM A03	100 personas adultas atendidas en Salud Mental.

Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias en relación año anterior.	N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015 (MENOS) N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014) / N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014)*100	REM A05	Aumentar 10	
	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.	(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014 (MENOS) (N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2014)/ (N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100	REM A05	Aumentar 10	
	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2014) x 100	REM A05	Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ
	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2014) x 100	REM P6	Línea base de 350 adultos en tratamiento por depresión por CESFAM correspondiente al 0,45 de la población comunal.
	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	N° de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6	Línea base de 8 adultos por CESFAM correspondiente al 0,03 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)	Ejemplo: Si un establecimiento tiene un grupo de autoayuda se espera que al cabo de un año tenga 12 sesiones del (1 mensual por grupo).	REM P6	Linea base de 15 casos por CESFAM.
	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)	Ejemplo: Si un establecimiento tiene un grupo de autoayuda se espera que al cabo de un año tenga 12 sesiones del (1 mensual por grupo).	N° de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicoactivas (25 a 64 años).	N° de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicoactivas (25 a 64 años).	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05	12 sesiones por CESFAM

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014) x 100	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de género	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014) x100	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014)x 100	REM A03 /P06	Aplicación de instrumento al 100 de AM con sospecha de trastornos mentales

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por establecimiento
	Personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental de consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	(N° de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) con consumo perjudicial o dependencia al alcohol 2015/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal. 100
	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión	100 de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100		Línea base de 15 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,3 de la población comunal. Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)/ Población beneficiaria validada por FONASA de 65 años y más)*100.		Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más) / Población beneficiaria validada por FONASA de (65 años y más)*100.	SIGGES	Línea base de 2 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,03 de la población comunal.

Programación Cualitativa Servicio Odontológico

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha emprendido un desafío significativo. Reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una política pública para la década 2011 – 2020 que tenga como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con nueve Objetivos Estratégicos. Estos Objetivos generan una Estrategia Nacional de Salud, que tiene elementos de continuidad y elementos de cambio. La Estrategia implica apuntar a reducir el impacto de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, desde la tuberculosis a los problemas cardiovasculares, adicionando causas de mortalidad como los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar por medio de acciones como aumentar las patologías AUGE, generar paquetes preventivos garantizados, mejorar la cobertura del tratamiento de Hipertensión y Diabetes, entre otras medidas; la estrategia también implica atacar factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo; atacar los riesgos para la salud tanto en las diferentes etapas de vida, como para las distintas

situaciones sociales, demográficas; velar por contar con ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. Junto con lo anterior, la estrategia implica reforzar el sistema público de salud, cerrando las brechas en recursos humanos, potenciando la atención primaria, acreditando a los hospitales de la red, mejorando el acceso a las atenciones de salud, mejorando el trato a los usuarios, y dando a la población acceso a medicamentos de calidad y a precio justo. Finalmente, la estrategia recoge la necesidad de estar preparados para emergencias y desastres como los vividos en el país el 27 de febrero de 2010, contando con una red de salud que pueda responder en forma oportuna. Sin embargo, la misma formulación de esta Estrategia reconoce que el enfoque de los problemas descritos debe ser necesariamente multisectorial, y ser capaz de convocar a agentes públicos y privados, organizaciones ciudadanas, universidades e institutos, Ministerios y hasta la propia Presidencia de la República, de nuevo en una perspectiva de Estado, de corto y largo plazo. Este es un desafío de marca mayor. La probabilidad de tener éxito dejando esta tarea sólo a Salud es baja. Por ello, desde hace un año, el Gobierno se ha enfocado en una perspectiva de convocatoria a diversos actores, a través del Programa “Elige Vivir Sano”, que en el momento de lanzar esta Estrategia Nacional de Salud se muestra como imprescindible. Como sostiene la propia “Declaración de Valparaíso” recientemente elaborada con ocasión de los 200 años del Congreso Nacional, se requiere una coordinación que garantice esta perspectiva colaborativa, dependiente de la Jefatura de Estado, y que haga de esta política una tarea de todos.

Las políticas en salud van dirigidas a dar cobertura a las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario que permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, optimizando el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles, y a facilitar la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de dar satisfacción a las necesidades de salud de la población.

Los desafíos interpuestos para la Programación en Red 2014 siguen siendo fundamentales para el año 2015:

1. Considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
2. Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una

Planificación de la Red Asistencial, y a corto plazo la Programación anual de la Red.

3. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
5. Desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, se releva la implementación de las estrategias trazadoras, que den cuenta del Modelo de atención integral, como son: los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

La situación de Salud en la Región Valparaíso para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020 es concordante con la situación nacional asociada en gran parte al mejoramiento de la situación social y económica, políticas sociales orientadas a la población más vulnerable y en el avance significativo del sistema de salud pública.

Ha habido un avance muy significativo en las enfermedades asociadas a saneamiento básico e higiene, pero esta realidad es inequitativa entre las 38 comunas de la región y estas patologías siguen constituyendo riesgo especialmente en las áreas urbanas marginales y rurales. Por otro lado ha habido aumento de la notificación de casos de enfermedades transmitidas por alimentos que requieren campañas educativas masivas para el consumo de alimentación sana y segura.

Hay problemas de salud de baja cobertura a nivel nacional y regional como son los problemas de salud bucal y mental que requieren estrategias innovadoras de abordaje tanto en lo preventivo y promocional como en la rehabilitación de los casos detectados. Muestran una importancia creciente los problemas de salud asociados al desarrollo y al trabajo como son los riesgos por contaminación ambiental, riesgos laborales y ocupacionales y todas las enfermedades relacionadas a estilos de vida no saludables como es la malnutrición por exceso, consumo perjudicial de drogas ilícitas y alcohol , que se traduce en accidentes de tránsito asociados a alcohol y una conducta sexual poco responsable con las consecuencias de embarazo adolescente, incidencia de ITS y VIH/SIDA .

Por último , el sistema de salud pública nacional y regional se ha visto sometido a una presión creciente y continua generada por las grandes expectativas de la población que genera una mayor y exigente demanda tanto en cobertura como en calidad de las intervenciones ofrecidas.

En cuanto a salud bucal, si bien la Región de Valparaíso presenta mejores resultados en las patologías bucales más prevalentes en relación al promedio nacional, sigue existiendo índices altos de daño a medida que aumenta la edad, desde un 14,29 de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 presenta alguna enfermedad periodontal. Para poder revertir este daño, se focalizará en una instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, un acceso adecuado a fluoruros para prevención y control de caries y proteger y limitar el daño en las edades de mayor riesgo biológico.

La Atención Primaria de Salud es el eje del Sistema Sanitario, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades.

Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contra referencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la hospitalización.

Objetivo sanitarios

Los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020 para la Salud Bucal son

“Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”, siendo la meta al 2020:

- Aumentar un 35 la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años
- Disminuir un 15 el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

Conjuntamente con la búsqueda de mejorar indicadores de salud se aspira a mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas, teniendo como objetivo “Disminuir la Insatisfacción Usuaría”, para ello, la meta al año 2020 es:

- Disminuir un 30 el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria.

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota se divide en cuatro sectores: Borde costero, Viña del Mar, Marga Marga y Quillota Petorca.

Nuestro sector corresponde al de la Provincia del Marga Marga, compuesta por las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué.

Es así como nuestro equipo de salud odontológico intercomunal ha tomado este desafío orientando todos sus recursos a formalizar una red de atención efectiva y eficiente.

Programación:

En nuestra comuna de Villa Alemana se presentan tres Centros de Salud Familiar, estos han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario.

A partir de la información analizada, los recursos establecidos y las Normas emanadas del MINSAL, los equipos locales programan el qué, quiénes, dónde, cuándo y cómo se efectuaran el cumplimiento de las metas establecidas en los grupos priorizados.

El Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario se debe expresar en todos los momentos de la programación, de modo que lo que se proponga realizar el equipo local considere a las personas, familias y comunidad como recursos para la mantención y recuperación de la salud.

A nivel odontológico, la Red Marga-Marga consta de Tres Hospitales de distinto nivel de complejidad. El Hospital de Quilpué que es el hospital de mayor complejidad, con un Consultorio de Especialidades adosado (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial y Endodoncia; el Hospital Juana Ross de Peñablanca, que se dedica principalmente a la resolución de urgencias y a especialidades de rehabilitación en base a Prótesis y Endodoncia. En la comuna de Limache encontramos el Hospital Santo Tomás de Limache, hospital base tipo cuatro, con un Consultorio adosado, con atención odontológica dedicada a la APS y un servicio de especialización en Endodoncia. Además en esta comuna se encuentra el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde, hospital dedicado a la atención geriátrica y de rehabilitación del adulto mayor y también a la resolución de patologías temporomandibulares y dolor orofacial de la red enfocado a pacientes de 15 o más años. Además, se cuenta con el apoyo en algunas especialidades con el Módulo Odontológico Simón Bolívar (manejo de niños difíciles y traumatismo dento alveolar) y Hospital Gustavo Fricke (ortodoncia, implantología y rehabilitación sobre implantes).

Conforman esta Red, además, los siguientes Centros de Salud de Atención Primaria:

Comuna De Quilpué:

- Consultorio Belloto Sur de Quilpué.
- CESFAM Aviador Acevedo, Belloto Norte de Quilpué.
- Consultorio de Quilpué.
- CESFAM Iván Manríquez , Los Pinos de Quilpué.
- Consultorio Pompeya de Quilpué.

Comuna De Villa Alemana

- CESFAM Eduardo Frei de Villa Alemana.
- CESFAM Villa Alemana.
- CESFAM Juan Bautista Bravo Vega de Villa Alemana
- Comuna De Limache Y Olmue
- CESFAM Manuel Lucero de Olmué.
- Consultorio adosado al Hospital Santo Tomas de Limache.

En la Comuna de Villa Alemana, específicamente en el Cesfam Villa Alemana, se lleva a efecto especialidades odontológicas como Cirugía Oral, Ortodoncia, Rehabilitación en base a Prótesis Removible.

El modelo de Salud Familiar revela el nuevo rol de la Atención Primaria de Salud, como el eje que coordina y es base del cuidado continuo de la salud de la población, pero también como una estrategia de desarrollo, contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas. En este contexto, se espera que la difusión de información pertinente a estilos de vida y hábitos que pueden influir en el estado de salud de la población, induzca la adopción de conductas favorables al mejor estado alcanzable de salud, según el potencial individual de cada persona.

En el ámbito de la salud bucal, persiste una alta prevalencia de problemas odontológicos, en todos los grupos etáreos, y si bien, en general, no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas. Las patologías orales de mayor prevalencia son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales, y Anomalías Dento - Maxilares.

En este marco, es de especial importancia fomentar el autocuidado en salud de la población, de modo que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

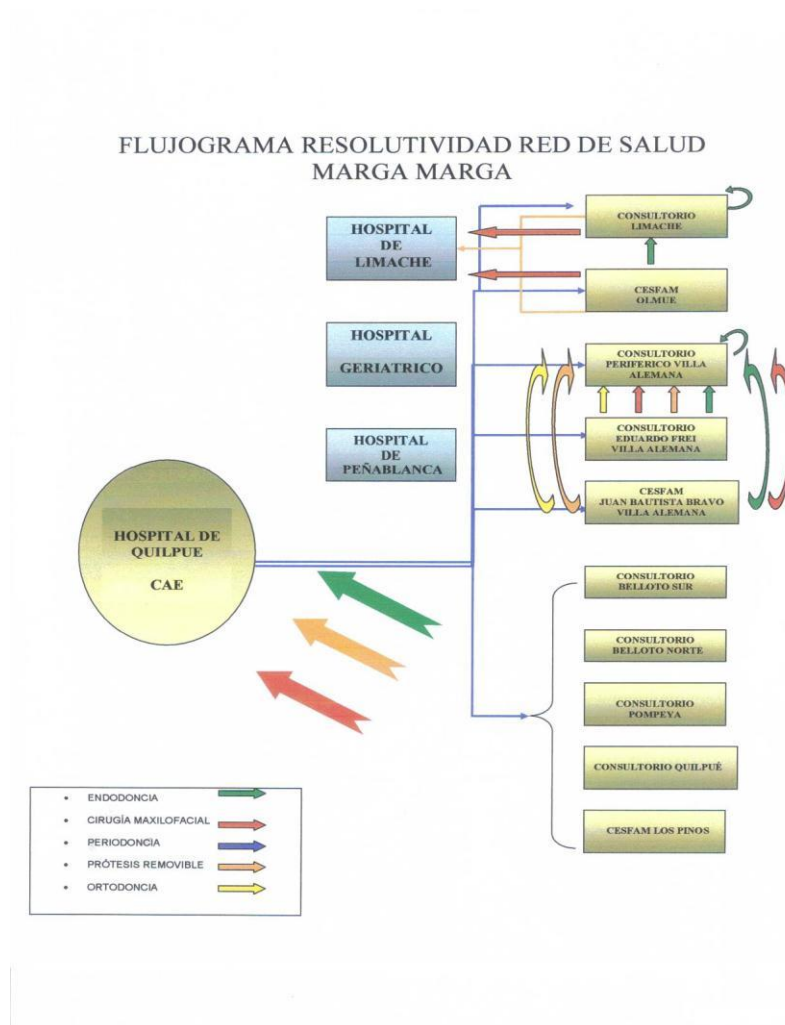
Los Programas Odontológicos actualmente se enfocan en brindar atención odontológica Integral, tanto de Promoción, Prevención y Actividades Curativas, fundamentalmente dirigidos a grupos etéreos priorizados por el Ministerio de Salud. La cobertura se determina en forma porcentual, y esta varía de acuerdo a la cantidad de beneficiarios de cada comuna.

Canasta de Prestaciones:

No podemos dejar de mencionar y establecer que a nivel comunal, en lo referente a la oferta de la canasta de prestaciones a los usuarios, también existen diferentes realidades. Además, a nivel de APS, las cuatro comunas cuentan con Programas de Resolutividad, y en los Hospitales se desarrollan los Programas del Adulto Mayor.

Tabla Prestaciones de Salud de Nivel Secundario en las diferentes comunas.

				Prótesis	Cirugía Oral Y
OLMUÉ					
LIMACHE	X			X	
PEÑABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA			X	X	X
QUILPUÉ				X	
QUILPUE CAE	X	X		X	X



Actualmente existe el Programa de Rehabilitación, con las siguientes prestaciones FONASA:

Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Removible De 15 A 59 Años.

Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Fija De 15 A 59 Años.

Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Implanto-Asistida 15 A 59 Años.

Implantación Prótesis En Personas De 60 A 65 Años

(Rehabilitación Implanto-Asistida)

Programa Odontológico Comunal

Programa Ges Odontológico Familiar:

- Atención Odontológica a la mujer Embarazada.
- Atención Odontológica a niños(as) de 6 años.
- Atención de Urgencias Odontológicas GES

Programa Odontológico Integral:

- Endodoncias en APS.
- Prótesis Removible en APS.
- Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos

Recursos y Programa Más Sonrisas

Programa Ges Odontológico Del Adulto

Atención Odontológica Integral del Adulto de 60 años

Programa Sembrando Sonrisas En Preescolares:

Entrega de set de higiene bucal y educación en salud oral a niños de 2 a 5 años.

Aplicaciones de barniz de flúor comunitario a niños de 2 a 4 años.

IAAPS (Índice De Actividades En APS):

Altas Integrales en Menores de 20 años.

Programa Odontológico JUNAEB:

Atención odontológica integral de escolares de Pre-kinder a 8° básico de colegios adscritos al módulo dental JUNAEB.

Cuidados odontológicos de la Salud de la Población por ciclo vital

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal en Preescolares	Mejorar y mantener la salud bucal de la población Preescolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	<p>N° de niños de 2 años con alta Odontológica total / Total de niños de 2 años inscritos o beneficiarios) X100 (N° de niños de 4 años con alta Odontológica total / Total de niños de 4 años inscritos o beneficiarios) x100</p> <p>N° de niños y niñas que a los 18 meses asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 12 a 23 meses que asisten a control sano. N° de niños y niñas que a los 3,5 años asisten al control del niño sano, y cuentan con el componente de salud bucal en su control/Total de niños y niñas de 2 a 4 años que asisten a control sano (N° de niños de 6 años con alta Odontológica / Total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios) x100 (N° de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total / Total de niños de 12 años inscritos o beneficiarios) x100</p>	<p>REM 09 Población per cápita</p> <p>REM 02</p>	<p>Priorizar a los Niños de 2 y 4 años derivados según riesgo y daño, desde el Control de Salud del Niño</p> <p>Coordinación interna del equipo de salud.</p> <p>Tratamiento</p> <p>Visita a los Jardines infantiles JUNJI e INTEGRA para educación , entrega de kit de aseo bucal y aplicación de barniz de flúor comunitario</p> <p>Visita a Escuelas de Lenguaje para educación y entrega de set de higiene oral a niños de 2 a 5 años de edad.</p> <p>Atención a niños de pre-kínder y kínder de las escuelas adscritas al modulo JUNAEB de la comuna</p> <p>Coordinación con Enfermeras de cada sector</p> <p>Consejería en hábitos higiénicos y nutricionales.</p> <p>Atención Odontológica Integral a todo niño de 6 años que consulte espontáneamente en dental o sea derivado desde otro servicio.</p>

Salud bucal 12 años	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	<p>(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben consejería / Total de niños de 12 años con alta odontológica total) x100</p> <p>(N° de menores de 20 años con alta odontológica total / Total de niños de menores de 20 años con alta odontológica total) x100</p>	REM A09	<p>Consulta odontológica integral. Integración con Establecimientos educacionales del sector.</p> <p>Atención a niños de 7° básico de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna.</p> <p>Atención Odontológica Integral a todo niño de 12 años que consulte espontáneamente en dental o sea derivado desde otro servicio.</p>
Salud bucal en resto de población escolar y adolescente	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar y adolescente a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes		REM A09	<p>Consulta odontológica integral. (consulta espontánea en su respectivo Cesfam).</p> <p>Atención a niños de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna de pre-kinder a 8° básico.</p>

Cuidados odontológicos de la Salud de la Mujer embarazada

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de la Mujer	Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes	(N° altas odontológicas totales gestantes / N° total de gestantes bajo control) x100.	REM 09 REM 05	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal -Capacitación equipo odontológico en la "Técnica de Tratamiento de Desinfección Total" para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro -Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en control maternal en este

Salud integral adulto 60 años

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de Adulto mayor	GES: Salud oral integral del adulto de 60 años	(N° altas odontológicas totales en adulto de 60 años / N° total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el sistema público) x100	REM 09 SIGGES Registro per cápita	Integración con Programa crónicos, clubes adultos mayores.

Orientaciones Programáticas 2015 Minsal

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
1	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar 2 y 4 años, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niños y niñas.	45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100
			45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 4 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100
2	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 5 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años)	Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía GES	Alcanzar un 79 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100
3	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Consulta odontológica Integral	Alcanzar o superar el 74 de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos en SNSS.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			10 de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
4	Aumentar el número de gestantes, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 68 de cobertura en altas odontológicas totales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento.	(N° de gestantes con alta odontológica total/ N° de gestantes ingresadas a control prenatal) X 100
	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes.	Consulta odontológica integral	68 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	(N° de embarazadas con alta odontológica total / total de embarazadas inscritas o beneficiarias)* 100
5	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	37.9 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.	(N° de adultos de 60 años con alta odontológica total/Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100
6	Proteger la salud bucal de las gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.	Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT).	Alcanzar un 90 de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud.	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ N° Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control pre natal al programa) x 100
	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 25 de las gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de embarazadas con alta odontológica) x100

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

– SERVICIO SOCIAL

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Descripción Programa:

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Taller 1: Beneficios sociales	15 gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Realización de 1 Sesión de taller a gestantes.

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	80 de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03 SECCION B3	Aplicación de Escala de Edimburgo
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	100 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal x 100	REM A03 SECCION B2	Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Seguimiento de gestante con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	90 de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100.	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD INFANTIL – SERVICIO SOCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”	Realizar a lo menos 3 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento	REM A19a Sección B.1:	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de COMSE, y Actividades de PROMOS.
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educativos, salud y hogares).	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	Aumentar en un 20 línea de base 2014.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral	50 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.	Numerador: REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.	80 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud.	(N° de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE y Actividades de PROMOS
Fortalecer estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud.	Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida.	30 de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección temprana de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida.	(N° de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /N° total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE, Dupla Psicosocial y Actividades de PROMOS.

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF).	Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.	100 de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.	(N° de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /N° total de adolescentes con situación de violencia) x 100	REM A05 Sección N	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación.
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial.	50 Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.	(N° de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / N° Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior	(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / N° total de personas adultas inscritos) x100	REM A19a Sección A Población inscrita validada	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE, Taller de Autocuidado y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Visita Domiciliaría Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	30 de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTO MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

ÁREA ESTRATÉGICA PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ N° Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100	A19A y 19B	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, Equipo Gerontológico Taller de Autocuidado, Grupo de Autoayuda, Monitores en Salud y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local	100 de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(N° de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / N° de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	A06	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontánea y/o Derivación, Taller de Autocuidado Consejo Local, Equipo Gerontológico.

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).	100 de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / N° total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100.	Rem A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación, Consejo Local, Equipo Gerontológico.
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.	100 de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / N° total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100		
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.	100 de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / N° total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 104) x 100		

ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN

Tratamiento, Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e	Visita Domiciliaria Integral.	100 de personas en situación de discapacidad ingresadas a Servicio social.	(N° Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación de Intra y Extra sector, Consejo Local, Equipo

intervenciones individuales y/o familiares.					Gerontológico.
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10 de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20 de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	Nº personas que logran inclusión social /Nº total de ingresos *100 Nº de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A19A y REM A4	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación y coordinación Intra y Extra sectorial.

PROGRAMACION CUALITATIVA CESFAM JUAN BRAVO VEGA 2015:

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	Compromiso del establecimiento
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	60 gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza.	Talleres de 4 sesiones para gestantes.	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A27 REM P05	60 gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	30 de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100	REM A01	30 de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior
<p>Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.</p> <p>Detectar factores de riesgo de parto Prematuro.</p> <p>Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).</p> <p>Aumentar la</p>	<p>100 de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.</p> <p>100 de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro</p> <p>en forma precoz al nivel secundario.</p> <p>100 de gestantes con aplicación de</p>	<p>Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.</p> <p>Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES)</p> <p>Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.</p>	<p>(N° de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico) x 100</p> <p>(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100</p> <p>(N° de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/N° total de gestantes ingresadas) x</p>	<p>REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)</p> <p>REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)</p> <p>REM A03 REM A05</p> <p>REM A03 REM A01</p>	<p>100 de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.</p> <p>100 de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro</p> <p>en forma precoz al nivel secundario.</p> <p>100 de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.</p>

detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA))	Escala de Edimburgo. 90 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	100 (N° de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /N° total de gestantes en control prenatal) x 100		90 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.	90 de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	(N° de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / N° de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) x 100	REM P1	90 de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por exceso
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por deficit	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(N° de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	REM P01	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por deficit
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	70 de puérperas y recién nacidos antes de los 11 días de vida acceden a control de salud	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.	(N° ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de los 11 días de vida / N° total de ingresos de RN a control antes de 28 días) x 100	REM A01 REM A05	
Disminuir la	100 de las	Tamizaje para	(N° total de	REM A11	100 de las

<p>transmisión vertical del VIH.</p>	<p>embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH</p> <p>100 de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.</p> <p>100 de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO</p>	<p>VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal</p> <p>Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal</p>	<p>exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ N° total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100</p> <p>(N° de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+)) * 100</p> <p>(N° de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO/ N° total de gestantes VIH (+))* 100)</p>	<p>Sección C1 y C2 REM A05: Sección A</p> <p>REM A05 Sección B SIGGES</p> <p>REM A05 Sección B SIGGES</p>	<p>embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH</p> <p>100 de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.</p> <p>100 de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO</p>
<p>Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica.</p>	<p>100 de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas – citadas.</p> <p>100 de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas – citadas.</p> <p>100 de mujeres VIH (+) detectadas en</p>	<p>Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.</p> <p>Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.</p> <p>Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal</p>	<p>(N° gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitadas-citadas a control/ N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100</p> <p>(N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas / N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100</p> <p>(N° de gestantes VIH (+)</p>	<p>Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA</p> <p>Registros de actividad: -Por establecimiento y-consolidado del Servicio de Salud.</p> <p>Registros locales de derivación. /REM A05</p>	<p>100 de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas – citadas.</p> <p>100 de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas – citadas.</p> <p>100 de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al</p>

	el control prenatal son derivadas al programa VIH.	al Centro de Atención de VIH.	derivadas al programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+) x 100		programa VIH.
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Aumento del de mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva	(N° de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015 [MENOS] N° de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ N° de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)*100-	REM 19 a	Aumento del de mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil	Aumentar el de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01/ Población inscrita validada	Aumentar el de acceso a control de salud integral ginecológica
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (10 a 14 y 15 a 19 años).	100 de los adolescentes que consultan, se les realice consejería en SSR, tanto mujeres y hombres.	Consejería en SSR.	(N° consejerías realizadas/N° consultas en SSR)x100	REM A19a: Sección A1	100 de los adolescentes que consultan, se les realice consejería en SSR, tanto mujeres y hombres.
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS	Aumentar en un 5 consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS.	Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.	(N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2015 (MENOS) (N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año	REM A19a: Sección A1	Aumentar en un 5 consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS.

<p>Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres</p>	<p>Aumentar el ingreso de Adolescentes al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior.</p>	<p>Control de regulación de fertilidad en adolescentes.</p>	<p>2014)/ N° de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)*100</p> <p>(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2015 (MENOS) N° de consejerías prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes, realizadas el año 2014/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes realizadas el año 2014)*100</p> <p>(N° total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2015) (MENOS) (N° total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2014)/ N° total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2014) *100</p>	<p>REM A19a: Sección A1</p> <p>REM P1</p>	<p>Aumentar el ingreso de Adolescentes al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior.</p>
<p>Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.</p>	<p>100 de mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma</p>	<p>Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15</p>	<p>(N° de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto y otras</p>	<p>REM A01</p>	<p>100 de mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia</p>

	de referencia.	días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto.	pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100		
Promover la salud sexual y Reproductiva	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad	Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad	(N° de consultas en infertilidad / N° de mujeres en edad fértil Inscrita validada)*100	REM A 04	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumento del de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2015 (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)*100	REM P1	Aumento del de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011-2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(N° de mujeres con puntaje elevado MRS / N° total de mujeres bajo control, con pauta aplicada MRS) x 100	REM P1	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.	(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015 (MENOS) Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)/ Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con	REM P12 Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.

			mamografía vigente año 2014)*100		
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar un 70 de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos. REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años	Alcanzar un 65 de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años

CESFAM JUAN BAUTISTA BRAVO VEGA:

**Programación Cualitativa 2015., Programa Infantil
Promoción**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo	Consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	10 de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de alimentación saludable y actividad física.	(N° de consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	El 10 de los niños y niñas bajo control reciben atención integral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal	Cobertura de consulta nutricional 80 de niños 5 meses de vida. Cobertura de consulta nutricional 50 de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.	N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses. N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses	REM P 02, sección F/ sección A REM P 02, sección F/ sección A	El 80 de los lactantes de 5° mes El 50 de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.
Lograr un 60 de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña. Favorecer las clínicas de lactancia.	Incremento de 1 punto porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014) N° Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados	REM A 03	Incremento de 1 de LME respecto al año anterior

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil	<p>Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p> <p>Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p>	<p>12 de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre</p> <p>20 de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre</p>	<p>(N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100</p> <p>(N° controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas mayores de 1 año y menores de 4 años)*100</p>	REM A01, Sección B	

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	Promedio de 6 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente	(N° talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ N° total de facilitadores de la comuna) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)	CESFAM V. Alemana : Compromiso 3 talleres por facilitador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 72 meses bajo control.	5 de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) * 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 SECCION A	(5)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año acerca de prevención de IRA.	cobertura de talleres en 30 de prevención Ira a madres , padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año	(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños menores	REM A27 Sección A REM P2 Sección A	CESFAM V. Alemana: mantendrá 30 cobertura
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	(100)
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	100 niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado	(N° niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo/ N° total de niños y niñas de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial normal)*100	REM A03, Sujeto a cambios REM 2014	(100)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en	Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 3 meses	100 de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	Registro SIGGES FONASA	(100)

<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.</p>	<p>Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa.</p>	<p>Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad</p>	<p>(N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/ (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2015) [MENOS] (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 12 meses año 2014)*100</p>	<p>REM A03, Sección A REM A01, Sección B</p>	<p>100</p>
---	--	--	---	---	------------

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación) Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	100 niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud). 90 niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	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)/Nº total control de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100 (Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Nº total control de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17	REM A03, Sección B REM P2, Sección A REM A03, Sección A REM P2, Sección A	90
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90 niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud	(Nº 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) x 100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	90

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	Disminución del porcentaje de niños y niñas con rezago del DSM	(N° de aplicaciones con resultado de "rezago" realizadas al grupo de 18 a 23 meses/ N° total de aplicaciones realizadas al grupo de 18 a 23 meses)* 100	Numerador: REM A-03, Sección D.1 Denominador: REM A-03, Sección A	60
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50 niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A	50

Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niños y niñas a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90 niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(N° 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 / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100	Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:	60
--	---	---	--	--	----

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:	5
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.	60 de niños bajo control eutróficos, con 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.	(N° de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)* 100	REM P2 sección A REM P2 sección H.	

Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses	Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses	(1-(Número de niños y niñas de 24 a 72 meses bajo control inasistente / Número de niños y niñas de 24 a 71 meses bajo control)*100	Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:	5
--	---	--	--	---	---

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	80 de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(N° de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	100 de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	(N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	100 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo	REM A26, Sección A REM P2, Sección C	

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G	
---	--	---	---	--------------------	--

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	90 de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en las reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8,	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	

Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	90 de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	(N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que cumplen tratamiento/N° de niños y niñas egresadas de Sala de Estimulación)*100	REM A05, Sección G	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan	(N° de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/ N° de niños y niñas egresados de Sala de	REM A05, Sección G	
Contribuir a disminución de morbimortalidad en menores de 1 años por IRA	Visita Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave	Realizar visita domiciliaria integral al 90 de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave	(N° de visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA,AVNI,AVI) / N°total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA	REM A 23 Sección M REM P3 Sección A	90

Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hiperkinético y de la Atención (THA)	Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hiperkinético y de la Atención (THA)	El 100 de los niños/as bajo control con confirmación diagnóstica con THA reciben Tratamiento Integral	(N° de niños/as bajo control con THA que reciben tratamiento integral / N° total de niños/as bajo control con Trastorno Hiperkinético y de la Atención)*	Numerador: Registro local Denominador: Sección A	100
Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente, al establecimiento definido en cada	100 de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento	N° de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso	100

Programación Cualitativa 2015., Programa Salud Adolescente

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud.	20 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen alimentación saludable y/o actividad física, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud	(N° de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A27 Sección A	

Fortalecer las habilidades parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.	100 de talleres planificados, realizados.	(N° talleres realizados / N° talleres planificados) x 100	REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014	
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	100 de controles planificados, realizados	(N° de controles realizados, según sexo/ N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014	100
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	50 de los controles planificados se realizan en establecimientos educativos.	(N° de controles realizados en establecimientos educativos, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01	50

PSCV:

ADULTO

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2013.	(N° de EMP realizados a población adulta beneficiaria FONASA/ Población Total adulta beneficiaria FONASA) x 100	REM A02 , Sección B REM A02 Sección B	Compromiso incrementar la cobertura de los EMP Realización de operativos
Aumentar la cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 1 respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control/ N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A	Compromiso incrementar la cobertura de personas adultas con hipertensión
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 1 respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A	Compromiso incrementar la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en	Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en	El 80% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les	REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa	Compromiso 60 personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,

pacientes con diabetes.	personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013	<p>les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM</p> <p>.</p> <p>100 de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100</p> <p>(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</p>	<p>QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearance < 60) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min)	80 de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B*	Compromiso 100 personas adultas diabéticas o hipertensas

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 1 de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (64.3)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1 <7)	Incrementar en un 1 la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años con DM 2 (Hb A1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7 según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia ENS 2009-2010 en PSCV) x 100	REM P04; Sección B	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .

<p>Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 a 64 años</p>	<p>Control de salud: evaluar Riesgo coronario.</p>	<p>Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control “no diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.</p> <p>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl</p>	<p>(N° personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (N° total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100</p> <p>(N° 20 a 64 años diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7 y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas de 15 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100</p> <p>(N° 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (N° total de20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.</p>	<p>REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A</p>	<p>Compromiso Evaluar riesgo coronario</p>
<p>Evaluar la</p>	<p>Control de</p>	<p>Incrementar en</p>	<p>(Proporción</p>	<p>QUALIDIAB-</p>	<p>Compromiso</p>

calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 15 a 64 años en control PSCV.	Salud PSCV: aplicación Anual.	un 30 la evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses , de las personas Diabéticas de 15-64 años en control PSCV.	2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)	Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 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) x 100.	incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab)
---	-------------------------------	--	--	--	---

ADULTO MAYOR

Área Estratégica: Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 1 punto porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ N° total de AM bajo control)x 100	REM P05, Sección A	Compromiso incrementar 1 cobertura de los EMP Realización de operativos

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMPAM.	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 1 el EMP del AM respecto al año anterior	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por Fonasa	Compromiso incrementar 3 cobertura de los EMP
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).	20 de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	(N° 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)/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con	REM A01 Sección C	Compromiso incrementar en un 20 las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia cuentan en control de seguimiento
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y mas Años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 1 respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(N° de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3)	
Aumentar la cobertura de población bajo control con	Detección de personas con DM2 a través del	Incremento de a lo menos un 1 respecto al año	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo	REM P04; Sección A, F y G Población	Compromiso incrementar 15 la cobertura de personas AM con DM2

DM2 en personas de 65 y más años.	EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25)	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearance < 60) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min)	80 de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (N° total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM PO 4 Sección B*	Compromiso 100 personas adultas diabéticas o hipertensas
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes AM.	Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013	El 80 de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM 100 de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile. REM P04, SECCION C Registro local Registro local	Compromiso 60 personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1 de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	Nº de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas AM hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Aumentar la cobertura efectiva de personas AM con Hb1Ac < 7 en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1 de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1Ac <7 respecto al año Anterior	Nº de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7 / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25)	Compromiso incrementar 1 cobertura efectiva .
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM.	Control de salud: Evaluar riesgo coronario.	Definir línea base en personas AM bajo control “no diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl. Definir línea base en Adulto mayor bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y	(Nº personas Adulto Mayor no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de AM bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100 (Nº de Adultos mayores diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7 y PA <	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario

		<p>PA <130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en AM bajo control “diabéticos” de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl</p>	<p>130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100</p> <p>(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (N° total AM diabéticos bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100.</p>		
<p>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 65 años y más en control PSCV.</p>	<p>Control de Salud PSCV: aplicación Anual.</p>	<p>Incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses , de las personas Diabéticas de 65 años y más en control PSCV.</p>	<p>(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)</p>	<p>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 65 años y más bajo control en PSCV en los centros centinela con</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30 la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab)</p>

				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) x 100.	
--	--	--	--	---	--

PROGRAMACIÓN 2015 CESFAM J.B.B.V SERVICIO: NUTRICIÓN

PROGRAMA O SERVICIO: MATERNAL – NUTRICIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el número de mujeres con capacidad de autocuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Taller 2: Alimentación Saludable en Embarazada Taller 4: Lactancia Materna	60 gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	El 60 de las mujeres reciben atención integral

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Vigilar el aumento de peso durante la gestación en embarazadas con malnutrición tanto por excesivo y por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por exceso.	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100(número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control con	REM P01 , sección E REM P01 , sección D	Derivación al 100 de gestantes a consulta nutricional con malnutrición por exceso

PROGRAMA O SERVICIO: INFANCIA – NUTRICIÓN

PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	10 de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de alimentación saludable y actividad física.	(N° de consejería individuales de alimentación saludable y actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	El 10 de los niños y niñas bajo control reciben atención integral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal	Cobertura de consulta nutricional 80 de niños 5 meses de vida. Cobertura de consulta nutricional 50 de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.	N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses. N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses	REM P 02, sección F/ sección A REM P 02, sección F/ sección A	El 80 de los lactantes de 5° mes El 50 de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.
Lograr un 60 de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de Salud del niño y niña. Favorecer las clínicas de lactancia.	Incremento de 1 punto porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014) N° Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados	REM A 03	Incremento de 1 de LME respecto al año anterior

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE – NUTRICIÓN

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes de 10 a 19 años	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 9 a 12 años.	50 de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	(N° de adolescentes entre 9 a 12 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención N° total de adolescentes entre 9 a 12 años con primer control realizado por el PVS) * 100.	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	50 de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen criterios de ingreso al programa

PROGRAMA O SERVICIO: ADULTO MAYOR - NUTRICIÓN

PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Difusión a través de trípticos, Página web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos	Aumentar en 5 la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM año 2015(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM año 2014)	REM D16, sección B	Aumentar 5 la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM respecto de año anterior

PROGRAMA O SERVICIO: ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	REM A19a, Sección B1	Al menos 1 evento masivo de alimentación saludable en el año

PROGRAMA IRA

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco.	Educación a gestantes, madres, padres o cuidadores de niños desde los 0 a 14 años con enfermedades respiratorias.	Acceder al 10 de población cuidadora de niños entre los 0 y 14 años con riesgo de padecer una IRA.	(Nº de participantes en actividades de educación antitabaco / Nº total de población entre 0 y 14 años) x 100.	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Contribuir a la prevención del consumo de tabaco en mujeres gestantes, su familia y evitar la contaminación intradomiciliaria por humo de cigarro.	Taller Nº 1 "Tallera antitabaco para gestantes" Programa CHCC	Acceder al 80 de las mujeres gestantes en control en el CESFAM	(Nº de gestantes en control con taller realizado / Nº gestantes en control) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL SERVICIO MATERNAL
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación, así como en RN y lactantes	Taller Nº 2 "Prevención de IRA para gestantes" Programa CHCC	Acceder al 80 de las mujeres gestantes en control en el CESFAM	(Nº de gestantes en control con taller realizado / Nº gestantes en control) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL SERVICIO MATERNAL

Realizar VDI a lactantes menores con Score Moderado o Grave de Riesgo de Morir Por Neumonía	VDI a hogar del lactante	Realizar VDI al 100 de los lactantes derivados por enfermera(o) desde control niño sano	(N° pacientes derivados a VDI / N° VDI realizadas) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
---	--------------------------	---	--	--

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde el mismo CESFAM.	Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde el mismo CESFAM.	Controlar al 100 de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA por médico desde el mismo CESFAM.	(N° de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / N° de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA) x 100.	Construcción en base a datos propios
Mantener y/o mejorar cobertura de atención en Sala IRA para pacientes de 0 a 14 años derivados desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	Control kinesiológico a pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	Controlar al 100 de pacientes de 0 a 14 años derivados por médico desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales) hacia el CESFAM.	(N° de pacientes de 0 a 14 años controlados en Sala IRA / N° de pacientes de 0 a 14 años derivados a Sala IRA desde otros establecimientos de salud de la red (UEI, CAE, Hospitales)) x 100.	Construcción en base a datos propios
Mantener y/o mejorar calidad de vida de pacientes con patologías respiratorias crónicas (Asma, SBOR) bajo control en Programa IRA.	Control con Médico IRA programado durante el año.	Realizar al menos dos controles anuales con Médico IRA según Norma MINSAL a pacientes con patologías crónicas (Asma, SBOR)	(N° de controles realizados por Médico IRA en el año / N° de pacientes bajo control en Programa IRA) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADÍSTICAS POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA IRA
	Controles con Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica.	Controlar al 100 de los pacientes derivados a Kinesiólogo IRA por reagudización de su patología crónica, previa derivación de médico de la red pública de salud.	(N° de controles realizados por Kinesiólogo IRA a pacientes reagudizados / N° de pacientes controlados en Sala IRA por Kinesiólogo IRA) x 100.	REM CORRESPONDIENTE ESTADÍSTICA PROPIA
	VDI según necesidad	Realizar VDI al 100 de pacientes en estudio de familia, según requerimiento.	N° VDI realizadas / N° Total de VDI Solicitadas	REM CORRESPONDIENTE ESTADÍSTICA PROPIA

	Toma de Espirometría o Flujiometría según normas MINSAL	Realizar Espirometría o Flujiometría 1 vez al año a pacientes con patologías crónicas en control en Programa IRA, según edad.	(N° de Espirometrías y Flujiometrías realizadas/N° pacientes controlados en Programa IRA) x 100	REM CORRESPONDIENTE Y ESTADISTICAS POBLACION BAJO CONTROL PROGRAMA IRA
	Monitoreo de uso de fármacos (inhaladores)	Monitorear al menos 1 vez al mes el correcto uso de fármacos (inhaladores)	N° de monitoreos mensuales de correcto uso de fármacos	Construcción en base a datos propios
	Rescate de pacientes inasistentes	Realizar rescate de pacientes inasistentes al menos una vez al año, en época de menor carga asistencial de Sala IRA	N° de operativos de rescate de pacientes inasistentes en época de menor carga asistencial de Sala IRA	Construcción en base a datos propios
Disminuir consultas por crisis y hospitalizaciones de pacientes con patologías agudas y crónicas (Asma, SBOR) ontrolados en Programa IRA	Hospitalización abreviada según Normas MINSAL	Realizar hospitalización abreviada al 100 de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación.	(N° de HA realizadas / N° de pacientes que requieren HA) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
	Tratamiento de crisis según Normas MINSAL	Realizar al 100 de los pacientes derivados a Sala IRA con esta indicación.	(N° de tratamiento de crisis realizados / N° de pacientes que requieren tratamiento de crisis) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
Disminuir morbimortalidad por Neumonía en pacientes de 0 a 14 años inscritos en el CESFAM	Difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	Realizar por lo menos 1 vez al año difusión de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	N° de difusiones de protocolo de manejo de Neumonía a profesionales médicos del CESFAM	Construcción en base a datos propios
	Atención Kinesiológica oportuna según normativa a menores de 1 año con diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA	Controlar al 100 de los pacientes menores de 1 año con diagnóstico de Neumonía derivados a Sala IRA	(N° de pacientes menores de 1 año con NAC controlados en Sala IRA/N° de pacientes menores de 1 año con NAC derivados a Sala IRA) x 100	Construcción en base a datos propios

	Educación respecto a signos y síntomas de alarma a padres y/o cuidadores de los pacientes.	Realizar educación al ingreso agudo y crónico con kinesiólogo al 100 de los pacientes controlados en Sala IRA.	(N° de educaciones realizadas al ingreso a Sala IRA / N° de pacientes derivados a Sala IRA) X 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios
--	--	--	---	--

ÁREA ESTRATÉGICA: REHABILITACIÓN

OBJETIVO	ACTIVIDAD	META	INDICADOR	FUENTE DEL INDICADOR
Otorgar cobertura de atención domiciliar a pacientes con patologías crónicas como: Oxígeno dependientes, FQ, etc.	Visita domiciliaria (según indicación) a pacientes con patologías crónicas como Oxígeno dependientes, FQ, etc.	Realizar visita domiciliaria (según indicación) al menos una vez al año al 100 de los pacientes con patologías crónicas como Oxígeno dependientes, FQ, etc.	(N° VDI realizadas/N° pacientes patologías crónicas indicadas) x 100	REM CORRESPONDIENTE Construcción en base a datos propios

Programación ERA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Contribuir a la disminución de la Morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios bajo control en Sala ERA	Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.	Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA	(N° de controles en Sala ERA a pacientes crónicos respiratorios mayores de 15 años/ total de pacientes crónicos respiratorios mayores de 15 años bajo control) x 100	REM 23 Registro local	40
	-Flujometría -Educaciones Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.	Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.	(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en Sala ERA) x 100		100
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	-Atención médica -Atención kinésica -Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George) -Aplicar índice de BODE -Realizar test de marcha. -Realizar Espirometría -Realizar Pimometría	Rehabilitar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	(N° Pacientes en rehabilitación / N° total pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión) x 100	REM 23 REM 26 Registro Local	5
Aumentar la cobertura de atención a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias	Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores	Realizar visitas a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias	REM 23 Registro local	100

crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC, LCFA)	de enfermedades respiratorias crónicas.		crónicas / N° total de pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas) x 100		
Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años	-Atención médica oportuna -Atención kinésica oportuna -Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud - Educación individual y a la familia.	Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años	(N° atenciones en Sala ERA a pacientes con diagnóstico de NAC mayor 65 años/ N° total pacientes diagnosticados NAC mayor 65 años)	REM 23 REM 19 Registro local	50

Cumplir Ley GES de Asma, EPOC y NAC	-Garantizar atención espontánea al 100 de la demanda descompensada. - Asegurar la toma de Espirometría al 100 de las sospechas según corresponda. - Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100 de las sospechas según corresponda. - Garantizar el 100 de confirmación diagnóstica. - Mantener el stock de fármacos. -Realizar un monitoreo continuo.	Cumplir 100 garantías establecidas en la Ley GES	100 cumplimiento GES	Registro hoja diaria GES Tarjetero Sala ERA	100
-------------------------------------	---	--	----------------------	--	-----

<p>Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en control.</p>	<p>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. - Educación individual y grupal antitabaco.</p>	<p>Incrementar las consejerías, educación individual en los controles de pacientes con Enfermedades respiratorias crónicas.</p>	<p>(N° de consejería antitabaco o educación individual/ N° total de población con enfermedades crónicas respiratorias bajo control en Sala ERA) x 100</p>	<p>REM 23 REM 19 Registro local</p>	<p>5</p>
---	--	---	--	---	----------

PROGRAMA DE SALUD MENTAL INTEGRAL

SALUD MATERNA Y NEONATAL

PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género	Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 [MENOS]) (N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de	REM 05 / P06	Aumento en un 50 respecto a meta 2014 establecida por SSVQ
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el de ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	(N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2015 [MENOS]) (N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014/N° de	REM A05 / P06	Aumento en un 30 respecto a año 2014.
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	(N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2015 (MENOS)) (N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2014)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento	REM A05 / P06	Aumento en un 30 respecto al año 2014.

SALUD EN LA INFANCIA

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de niñas/os(5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos, en relación al año anterior	N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2014)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2014)) * 100	REM A5 /P06	Aumento en un 20 respecto a año 2014.
	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior.	(N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015) (MENOS) (N° de niños/as (0 a 9 años) ingresados a tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)/N° de niños/as (0 a 9 años) en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)*100	REM A05/P06	Aumento en un 30 respecto a año 2014.
	Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	N° de niños/as (0 a 9 años) en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014)*100	REM P06	Línea base de 20 niños por CESFAM, correspondiente al 0,5 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)	(N° de Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de niños y niñas de 0 a 9 años)*100.		Línea base de 9 casos por CESFAM, correspondiente al 0,08 de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19 años.	100 de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	(N° de ingresos a educación de habilidades parentales/N° de educaciones grupales en habilidades parentales planificadas) x 100	REM A27 Sección A y B Supeditado a cambio de REM	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigidos a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a Convenio
Aumentar la atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Entregar atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato.	Aumentar la atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2015 (MENOS) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2014) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2014) *100	REM 05	Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ

Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Entregar atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género. Entregar atención a mujeres jóvenes	Aumentar la atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior. Aumentar la atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de	(N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015 (MENOS) N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2014)) x100 N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de	REM 05 REM 05	Aumento de un 10 respecto a ingresos año 2014. Aumento de un 10 respecto a ingresos año 2014.
Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	N° Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje (GHQ12).	REM A03, Supeditado a cambio de REM	Aplicar instrumento al 100 de jóvenes entre 15 y 19 años.

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación a año anterior.	(N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2014) x 100	REM A05	Ingreso del 100 de jóvenes entre 20 y 24 años con AUDIT mayor a 15 puntos.

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 a 14 años.	(N° de adolescentes de 10 a 14 años que ingresan a tratamiento de depresión /población de 10 a 14 años inscrita validada)*100	REM A05	100
	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	100 de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician	(N° de adolescentes de 15 ingresan a tratamiento de /población de 15 a 19 años validada)*100	SIGGES	100
	Atención a adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	tratamiento y son derivados a especialidad. Aumentar el ingreso a tratamiento de adolescentes entre 10 y 19 años con problemas o	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida)*100	REM A05	Aumentar 10 respecto a ingresos 2014.
	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	trastornos mentales en relación año anterior.	(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014 [MENOS])	REM P06	Línea base de 50 adolescentes por CESFAM entre 10 y 19 años, correspondiente al 1,2 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión	(N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014) *100	REM P06	Línea base de 5 adolescentes por CESFAM entre 20 Y 24 años, correspondiente al 0,12 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	(N° de Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 10 a 19 años)*100.	REM A06 Supeditado a modificación n REM / REM A05	Línea base de 2 casos por Consultoría Infanto Adolescente..
	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de jóvenes (20 a 24 años)	(N° de jóvenes de 20-24 años en tratamiento por Depresión/Población beneficiaria de 20 a 24 años)*100.	REM A06 Supeditado a modificación n REM / REM A05	Línea base de 3 casos anuales revisados en Consultoría Adultos.	

SALUD EN EDAD ADULTA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos	Realizar tamizaje consumo de alcohol(*) (*) Indicador solo aplica a comunas que implementan el Programa Vida Sana Alcohol en APS	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10 de la población inscrita entre 25 y 64 años.	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, con tamizaje a través de AUDIT / N° población inscrita entre 25 y 64 años) x 100	REM A03	50
	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95 de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos).	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N° consultantes, entre 25 y 64 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos) x 100	REM A03	100
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de género	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° de mujeres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Género 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género 2014) x 100	REM 05	Aumento en un 50 respecto a meta 2014 establecida por SSVQ
Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años)	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	(N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2014 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2014) x 100	REM A03	100 personas adultas atendidas en Salud Mental.

Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias en relación año anterior.	N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015 (MENOS) N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014) / N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014)*100	REM A05	Aumentar 10
	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.	(N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014 (MENOS) (N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2014)/ (N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100	REM A05	Aumentar 10
	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior	(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2014) x 100	REM A05	Aumento de un 10 respecto a meta 2014 establecida en Convenio por SSVQ
	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2014) x 100	REM P6	Línea base de 350 adultos en tratamiento por depresión por CESFAM correspondiente al 0,45 de la población comunal.
	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años)	N° de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6	Línea base de 8 adultos por CESFAM correspondiente al 0,03 de la población comunal.
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	N° de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años)*100.	REM A06 Supeditado a modificación REM / REM A05	Línea base de 15 casos por CESFAM.
	Grupos de autoayuda por establecimiento	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.			12 sesiones por CESFAM

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014) x 100	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de género	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	(N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014) x100	REM A05 /P06	Aumentar 5
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014)x 100	REM A03 /P06	Aplicación de instrumento al 100 de AM con sospecha de trastornos mentales

TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por establecimiento
Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales	Personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental de consumo perjudicial o dependencia de alcohol	Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	(N° de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) con consumo perjudicial o dependencia al alcohol 2015/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal. 100
	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión	100 de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES	(N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100	SIGGES	Línea base de 15 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,3 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)/ Población beneficiaria validada por FONASA de 65 años y más)*100.		Línea base de 4 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,08 de la población comunal.
	Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más) / Población beneficiaria validada por FONASA de (65 años y más)*100.	REM P06	Línea base de 2 AM por CESFAM, correspondiente a un 0,03 de la población comunal.

Programación Cualitativa Servicio Odontológico

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud ha emprendido un desafío significativo. Reunir evidencia, convocar expertos, y aunar voluntades para diseñar una política pública para la década 2011 – 2020 que tenga como centro la producción de resultados concretos y medibles, generando un conjunto de indicadores correlacionados con nueve Objetivos Estratégicos. Estos Objetivos generan una Estrategia Nacional de Salud, que tiene elementos de continuidad y elementos de cambio. La Estrategia implica apuntar a reducir el impacto de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, desde la tuberculosis a los problemas cardiovasculares, adicionando causas de mortalidad como los accidentes de tránsito y la violencia intrafamiliar por medio de acciones como aumentar las patologías AUGE, generar paquetes preventivos garantizados, mejorar la cobertura del tratamiento de Hipertensión y Diabetes, entre otras medidas; la estrategia también implica atacar factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol, la obesidad y sedentarismo; atacar los riesgos para la salud tanto en las diferentes etapas de vida, como para las distintas

situaciones sociales, demográficas; velar por contar con ambientes de trabajo y condiciones alimentarias y medioambientales razonables para el correcto desarrollo de las personas. Junto con lo anterior, la estrategia implica reforzar el sistema público de salud, cerrando las brechas en recursos humanos, potenciando la atención primaria, acreditando a los hospitales de la red, mejorando el acceso a las atenciones de salud, mejorando el trato a los usuarios, y dando a la población acceso a medicamentos de calidad y a precio justo. Finalmente, la estrategia recoge la necesidad de estar preparados para emergencias y desastres como los vividos en el país el 27 de febrero de 2010, contando con una red de salud que pueda responder en forma oportuna. Sin embargo, la misma formulación de esta Estrategia reconoce que el enfoque de los problemas descritos debe ser necesariamente multisectorial, y ser capaz de convocar a agentes públicos y privados, organizaciones ciudadanas, universidades e institutos, Ministerios y hasta la propia Presidencia de la República, de nuevo en una perspectiva de Estado, de corto y largo plazo. Este es un desafío de marca mayor. La probabilidad de tener éxito dejando esta tarea sólo a Salud es baja. Por ello, desde hace un año, el Gobierno se ha enfocado en una perspectiva de convocatoria a diversos actores, a través del Programa “Elige Vivir Sano”, que en el momento de lanzar esta Estrategia Nacional de Salud se muestra como imprescindible. Como sostiene la propia “Declaración de Valparaíso” recientemente elaborada con ocasión de los 200 años del Congreso Nacional, se requiere una coordinación que garantice esta perspectiva colaborativa, dependiente de la Jefatura de Estado, y que haga de esta política una tarea de todos.

Las políticas en salud van dirigidas a dar cobertura a las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario que permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, optimizando el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles, y a facilitar la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de dar satisfacción a las necesidades de salud de la población.

Los desafíos interpuestos para la Programación en Red 2014 siguen siendo fundamentales para el año 2015:

1. Considerar la salud, desde la perspectiva de ciclo vital individual y familiar.
2. Incorporar una visión de mediano y largo plazo, a través de una Planificación de la Red Asistencial, y a corto plazo la Programación anual de la Red.
3. Integrar las acciones del sector salud con las acciones del intersector, tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década, a partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.
5. Desde la perspectiva del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, se releva la implementación de las estrategias trazadoras, que den cuenta del Modelo de atención integral, como son: los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

La situación de Salud en la Región Valparaíso para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020 es concordante con la situación nacional asociada en gran parte al mejoramiento de la situación social y económica, políticas sociales orientadas a la población más vulnerable y en el avance significativo del sistema de salud pública.

Ha habido un avance muy significativo en las enfermedades asociadas a saneamiento básico e higiene, pero esta realidad es inequitativa entre las 38 comunas de la región y estas patologías siguen constituyendo riesgo especialmente en las áreas urbanas marginales y rurales. Por otro lado ha habido aumento de la notificación de casos de enfermedades transmitidas por alimentos que requieren campañas educativas masivas para el consumo de alimentación sana y segura.

Hay problemas de salud de baja cobertura a nivel nacional y regional como son los problemas de salud bucal y mental que requieren estrategias innovadoras de abordaje tanto en lo preventivo y promocional como en la rehabilitación de los casos detectados. Muestran una importancia creciente los problemas de salud asociados al desarrollo y al trabajo como son los riesgos por contaminación ambiental, riesgos laborales y ocupacionales y todas las enfermedades relacionadas a estilos de vida no saludables como es la malnutrición por exceso , consumo perjudicial de drogas ilícitas y alcohol , que se traduce en accidentes de tránsito asociados a alcohol y una conducta sexual poco responsable con las consecuencias de embarazo adolescente, incidencia de ITS y VIH/SIDA .

Por último , el sistema de salud pública nacional y regional se ha visto sometido a una presión creciente y continua generada por las grandes expectativas de la población que genera una mayor y exigente demanda tanto en cobertura como en calidad de las intervenciones ofrecidas.

En cuanto a salud bucal, si bien la Región de Valparaíso presenta mejores resultados en las patologías bucales más prevalentes en relación al promedio nacional, sigue existiendo índices altos de daño a medida que aumenta la edad, desde un 14,29 de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 presenta alguna enfermedad periodontal. Para poder revertir este daño, se focalizará en una instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida, un acceso adecuado a fluoruros para prevención y control de caries y proteger y limitar el daño en las edades de mayor riesgo biológico.

La Atención Primaria de Salud es el eje del Sistema Sanitario, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades.

Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contra referencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la hospitalización.

Objetivo sanitarios

Los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020 para la Salud Bucal son “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”, siendo la meta al 2020:

- Aumentar un 35 la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.

- Disminuir un 15 el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

Conjuntamente con la búsqueda de mejorar indicadores de salud se aspira a mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas, teniendo como objetivo “Disminuir la Insatisfacción Usuaría”, para ello, la meta al año 2020 es:

- Disminuir un 30 el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria.

El Servicio de Salud Viña del Mar Quillota se divide en cuatro sectores: Borde costero, Viña del Mar, Marga Marga y Quillota Petorca.

Nuestro sector corresponde al de la Provincia del Marga Marga, compuesta por las comunas de Quilpué, Villa Alemana, Limache y Olmué.

Es así como nuestro equipo de salud odontológico intercomunal ha tomado este desafío orientando todos sus recursos a formalizar una red de atención efectiva y eficiente.

Programación:

En nuestra comuna de Villa Alemana se presentan tres Centros de Salud Familiar, estos han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario.

A partir de la información analizada, los recursos establecidos y las Normas emanadas del MINSAL, los equipos locales programan el qué, quiénes, dónde, cuándo y cómo se efectuarán el cumplimiento de las metas establecidas en los grupos priorizados.

El Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario se debe expresar en todos los momentos de la programación, de modo que lo que se proponga realizar el equipo local considere a las personas, familias y comunidad como recursos para la mantención y recuperación de la salud.

A nivel odontológico, la Red Marga-Marga consta de Tres Hospitales de distinto nivel de complejidad. El Hospital de Quilpué que es el hospital de mayor complejidad, con un Consultorio de Especialidades adosado (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial y Endodoncia; el Hospital Juana Ross de Peñablanca, que se dedica principalmente a la resolución de urgencias y a especialidades de rehabilitación en base a Prótesis y Endodoncia. En la comuna de Limache encontramos el Hospital Santo Tomás de Limache, hospital base tipo cuatro, con un Consultorio adosado, con atención odontológica dedicada a la APS y un servicio de especialización en Endodoncia. Además en esta comuna se encuentra el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde, hospital dedicado a la atención geriátrica y de rehabilitación del adulto mayor y también a la resolución de patologías temporomandibulares y dolor orofacial de la red enfocado a pacientes de 15 o más años. Además, se cuenta con el apoyo en algunas especialidades con el Módulo Odontológico Simón Bolívar (manejo de

niños difíciles y traumatismo dento alveolar) y Hospital Gustavo Fricke (ortodoncia, implantología y rehabilitación sobre implantes).

Conforman esta Red, además, los siguientes Centros de Salud de Atención Primaria:

Comuna De Quilpué

- Consultorio Belloto Sur de Quilpué.
- CESFAM Aviador Acevedo, Belloto Norte de Quilpué.
- Consultorio de Quilpué.
- CESFAM Iván Manríquez , Los Pinos de Quilpué.
- Consultorio Pompeya de Quilpué.

Comuna De Villa Alemana

- CESFAM Eduardo Frei de Villa Alemana.
- CESFAM Villa Alemana.
- CESFAM Juan Bautista Bravo Vega de Villa Alemana

Comuna De Limache Y Olmue

- CESFAM Manuel Lucero de Olmué.
- Consultorio adosado al Hospital Santo Tomas de Limache.

En la Comuna de Villa Alemana, específicamente en el Cesfam Villa Alemana, se lleva a efecto especialidades odontológicas como Cirugía Oral, Ortodoncia, Rehabilitación en base a Prótesis Removible.

El modelo de Salud Familiar revela el nuevo rol de la Atención Primaria de Salud, como el eje que coordina y es base del cuidado continuo de la salud de la población, pero también como una estrategia de desarrollo, contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas. En este contexto, se espera que la difusión de información pertinente a estilos de vida y hábitos

que pueden influir en el estado de salud de la población, induzca la adopción de conductas favorables al mejor estado alcanzable de salud, según el potencial individual de cada persona.

En el ámbito de la salud bucal, persiste una alta prevalencia de problemas odontológicos, en todos los grupos etáreos, y si bien, en general, no son causa de muerte, afectan la calidad de vida de las personas. Las patologías orales de mayor prevalencia son: Caries Dental, Enfermedades Gingivales y Periodontales, y Anomalías Dento - Maxilares.

En este marco, es de especial importancia fomentar el autocuidado en salud de la población, de modo que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Los Programas Odontológicos actualmente se enfocan en brindar atención odontológica Integral, tanto de Promoción, Prevención y Actividades Curativas, fundamentalmente dirigidos a grupos etáreos priorizados por el Ministerio de Salud. La cobertura se determina en forma porcentual, y esta varía de acuerdo a la cantidad de beneficiarios de cada comuna.

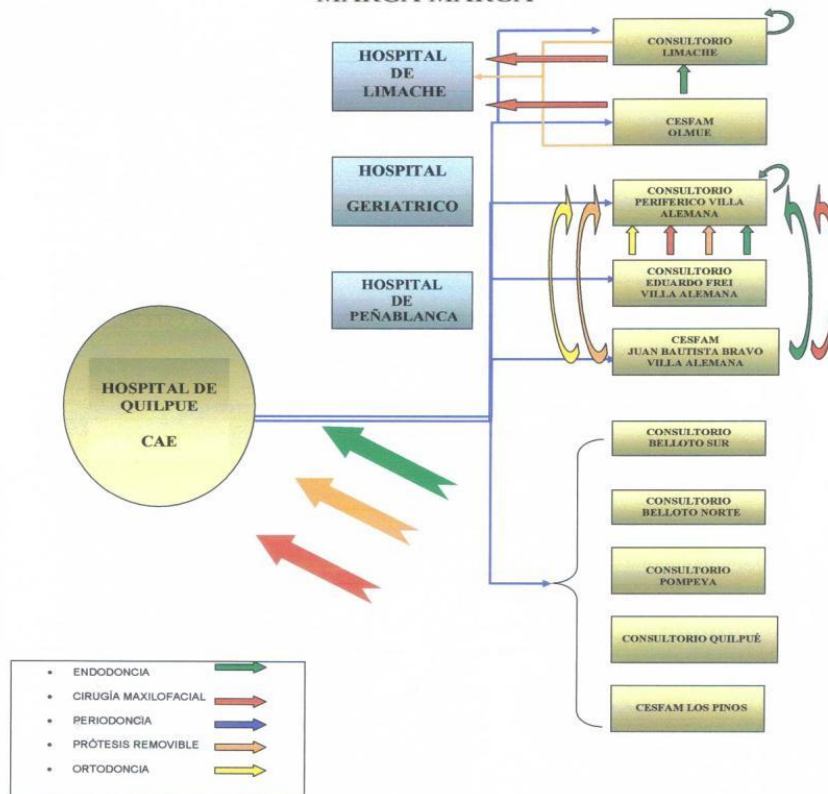
Canasta de Prestaciones

No podemos dejar de mencionar y establecer que a nivel comunal, en lo referente a la oferta de la canasta de prestaciones a los usuarios, también existen diferentes realidades. Además, a nivel de APS, las cuatro comunas cuentan con Programas de Resolutividad, y en los Hospitales se desarrollan los Programas del Adulto Mayor.

Tabla Prestaciones de Salud de Nivel Secundario en las diferentes comunas.

	Endodoncia	Periodoncia	Ortodoncia	Prótesis Removible	Cirugía Oral Y Maxilofacial
OLMUÉ					
LIMACHE	X			X	
PEÑABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA			X	X	X
QUILPUÉ				X	
QUILPUE CAE	X	X		X	X

FLUJOGRAMA RESOLUTIVIDAD RED DE SALUD MARGA MARGA



Actualmente existe el Programa de Rehabilitación, con las siguientes prestaciones FONASA:

- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Removible De 15 A 59 Años.
- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Fija De 15 A 59 Años.
- Atención Odontológica Rehabilitación Prótesis Implanto-Asistida 15 A 59 Años.
- Implantación Prótesis En Personas De 60 A 65 Años (Rehabilitación Implanto-Asistida)

Programa Odontológico Comunal

Programa Ges Odontológico Familiar:

- Atención Odontológica a la mujer Embarazada.
- Atención Odontológica a niños(as) de 6 años.
- Atención de Urgencias Odontológicas GES

Programa Odontológico Integral:

- Endodoncias en APS.
- Prótesis Removible en APS.
- Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos y Programa Más Sonrisas

Programa Ges Odontológico Del Adulto

- Atención Odontológica Integral del Adulto de 60 años

Programa Sembrando Sonrisas En Preescolares:

- Entrega de set de higiene bucal y educación en salud oral a niños de 2 a 5 años.
- Aplicaciones de barniz de flúor comunitario a niños de 2 a 4 años.

IAAPS (Índice De Actividades En APS):

- Altas Integrales en Menores de 20 años.

Cuidados odontológicos de la Salud de la Población por ciclo vital

Salud bucal 12 años	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	<p>(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben consejería / Total de niños de 12 años con alta odontológica total) x100</p> <p>(N° de menores de 20 años con alta odontológica total / Total de niños de menores de 20 años con alta odontológica total) x100</p>	REM A09	<p>Consulta odontológica integral. Integración con Establecimientos educacionales del sector.</p> <p>Atención a niños de 7° básico de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna.</p> <p>Atención Odontológica Integral a todo niño de 12 años que consulte espontáneamente en dental o sea derivado desde otro servicio.</p>
Salud bucal en resto de población escolar y adolescente	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar y adolescente a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes		REM A09	<p>Consulta odontológica integral. (consulta espontánea en su respectivo Cefsam).</p> <p>Atención a niños de colegios municipalizados y subvencionados de la comuna de pre-kinder a 8° básico.</p>

Cuidados odontológicos de la Salud de la Mujer embarazada

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de la Mujer	Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes	(N° altas odontológicas totales gestantes / N° total de gestantes bajo control) x100.	REM 09 REM 05	- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal -Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro -Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en

Salud integral adulto 60 años

Tema/ Prioridad	Objetivo	Indicador	Fuente del Indicador	Intervención Sugerida
Salud Bucal de Adulto mayor	GES: Salud oral integral del adulto de 60 años	(N° altas odontológicas totales en adulto de 60 años / N° total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el sistema público) x100	REM 09 SIGGES Registro per cápita	Integración con Programa crónicos, clubes adultos mayores.

Orientaciones Programáticas 2015 Minsal

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
1	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar 2 y 4 años, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niños y niñas.	45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100
			45 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 4 años, beneficiarios o inscritos	(Nº de niños de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100
2	Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años)	Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía Clínica GES	Alcanzar un 79 de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100
3	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Consulta odontológica Integral	Alcanzar o superar el 74 de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			10 de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100

	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador
4	Aumentar el número de gestantes, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 68 de cobertura en altas odontológicas totales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento.	(N° de gestantes con alta odontológica total/ N° de gestantes ingresadas a control prenatal) X 100
	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes.	Consulta odontológica integral	68 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	(N° de embarazadas con alta odontológica total / total de embarazadas inscritas o beneficiarias)* 100
5	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	37.9 de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.	(N° de adultos de 60 años con alta odontológica total/Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100
6	Proteger la salud bucal de las gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.	Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT).	Alcanzar un 90 de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud.	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ N° Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control pre natal al programa) x 100
	Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 25 de las gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de embarazadas con alta odontológica) x100

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

SERVICIO SOCIAL

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

Descripción Programa:

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes Taller 1: Beneficios sociales	15 gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	Realización de 1 Sesión de taller a gestantes.

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	80 de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03 SECCION B3	Aplicación de Escala de Edimburgo
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	100 de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal x 100	REM A03 SECCION B2	Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Seguimiento de gestante con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	90 de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100.	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD INFANTIL – SERVICIO SOCIAL

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”	Realizar a lo menos 3 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.	REM A19a Sección B.1:	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de COMSE, y Actividades de PROMOS.
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación	Aumentar en un 20 línea de base 2014.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE y Actividades de PROMOS

(establecimientos educativos, salud y hogares).	por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.		comunidad.		
---	---	--	------------	--	--

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Disminuir el porcentaje de niños y niñas con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral	50 de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.	Numerador: REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educativos, espacios comunitarios y	80 de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y	(Nº de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / Nº de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE y Actividades de PROMOS

	/o establecimientos de salud.	antitabaquismo, en establecimientos educativos, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.			
Fortalecer estrategia de establecimientos educativos promotores de salud.	Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educativos para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida.	30 de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección temprana de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida.	(N° de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /N° total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educativos promotores de salud) x 100	REM A19a Sección B1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE, Dupla Psicosocial y Actividades de PROMOS.

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF).	Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.	100 de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.	(N° de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /N° total de adolescentes con situación de violencia) x 100	REM A05 Sección N	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontánea y/o Derivación.
Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do	Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de	50 Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.	(N° de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.

embarazo adolescente.	segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial.		adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / N° Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial) x 100		
-----------------------	--	--	--	--	--

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior	(N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / N° total de personas adultas inscritos) x100	REM A19a Sección A Población inscrita validada	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE, Taller de Autocuidado y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Visita Domiciliaría Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	30 de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2015

COMUNA DE VILLA ALEMANA

PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTO MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

ÁREA ESTRATÉGICA PROMOCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(N° de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ N° Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100	A19A y 19B	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, Equipo Gerontológico Taller de Autocuidado, Grupo de Autoayuda, Monitores en Salud y Actividades de PROMOS

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local	100 de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(Nº de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / Nº de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	A06	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontánea y/o Derivación, Taller de Autocuidado Consejo Local, Equipo Gerontológico.

ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial.	<p>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).</p> <p>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.</p> <p>Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.</p>	<p>100 de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.</p> <p>100 de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.</p> <p>100 de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.</p>	<p>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / Nº total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100.</p> <p>(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / Nº total de persona de 65 años y más con demencia 103) x 100 (Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / Nº total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 104) x 100</p>	Rem A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontánea y/o Derivación, Consejo Local, Equipo Gerontológico.

ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN

Tratamiento, Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Visita Domiciliaria Integral.	100 de personas en situación de discapacidad ingresadas a Servicio social.	(N° Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación de Intra y Extra sector, Consejo Local, Equipo Gerontológico.
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10 de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20 de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	N° personas que logran inclusión social /N° total de ingresos *100 N° de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A19A y REM A4	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación y coordinación Intra y Extra sectorial.

RESUMEN LICENCIAS MEDICAS POR TOTAL DE DIAS PERIODO 01-09-2013 AL 31-08-2014
 FUNCIONARIOS APS DE VILLA ALEMANA

ESTAMENTO	V.ALEMANA		FREI		J. BRAVO		SAPU		Tot. por estam.		PRE Y POST NATALES				TOTALES			
	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. totales	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.	ds. tot.	ds. hab.
Médico	74	65	27	25	55	44			156	134								
Dentista	104	77	202	140	75	41	23	16	404	274								
Q.Farmac.																		
Enfermera	41	39	48	38	130	100	1	1	220	178								
Matrona	193	128	67	49					260	177	210	144					210	144
Kinesiólogo	52	42	105	73	10	6			167	121								
Psicólogo	35	28	7	5	24	21			66	54								
A. Social	2	2	2	2	95	68			99	72								
Nutricionista			11	11	8	7			19	18								
Téc. Médico	3	3							3	3								
Tens Enf.	596	416	918	631	207	150	471	329	2.192	1.526			210	146			210	146
Tens Dental	58	48	74	57	12	12	22	15	166	132	420	284	210	149	420	286	1.050	719
PMF	74	49							74	49								
PML	24	16							24	16								
PMRX											84	57					84	57
Laborat. Den																		
Administrat.	410	295	315	236	278	212	30	20	1.033	763			210	142			210	142
Chofer	48	34					16	11	64	45								
Aux. Serv.	85	65	22	16	17	15			124	96								
Vigilante							26	19	26	19								
Totales Grs.	1.799	1.307	1.798	1.283	911	676	589	411	5.097	3.677	714	485	630	437	420	286	1.764	1.208