



**PLAN DE SALUD COMUNAL  
VILLA ALEMANA  
2016**

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

Villa Alemana, Noviembre 2015.

## INDICE

## PAGINA

INTRODUCCIÓN.....	3
PRIMERA SECCIÓN: MÓDULO FIJO .....	14
ANTECEDENTES GENERALES.....	15
DATOS ADMINISTRATIVOS.....	16
INDICADORES DE SALUD .....	18
DOTACION .....	20
SEGUNDA SECCIÓN: DIAGNOSTICOS .....	22
ANALISIS FODA .....	23
PRESUPUESTO 2016.....	27
OFERTA DE SALUD COMUNAL.....	30
DESAFIOS 2016.....	35
PLAN DE CAPACITACION .....	37
TERCERA SECCIÓN: PROGRAMACION POR CESFAM .....	39
CESFAM VILLA ALEMANA .....	39
CESFAM EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE .....	121
CESFAM JUAN BAUTISTA BRAVO VEGA .....	207
LICENCIA MEDICAS AÑO 2015.....	291

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud comunal de Villa Alemana 2016, 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 2016. Además hacer una reseña de las acciones en salud realizadas durante el año 2015 por los centros de salud de la comuna.

## **Generalidades:**

Considerando el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales es nuestro deber reconocer el derecho a la atención de salud, respetando la autonomía y la autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante todo el curso de su vida.

El 01 de octubre de 2012, entra en vigencia la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, esta iniciativa legal resguarda principios básicos de atención en salud, debiendo estar plasmada de manera visible y clara en la "Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes", en donde se especifica cada uno de los aspectos señalados en la nueva ley, debiendo asegurarse que todas las personas que acceden a sus dependencias puedan visualizarla.

La salud es, de acuerdo a este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial.

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. El enfoque de curso de vida, provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud, centrados en las necesidades de sus usuarios, en cada etapa de su vida. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura de nuestra comuna.

Las acciones de salud están orientadas a la minimización de las desigualdades, evitables en nuestro nivel de salud, buscando identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de salud Integral Familiar y Comunitario, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país. Ante esta realidad, nosotros hemos ido construyendo espacios de

participación con las comunidades indígenas, tenemos en nuestros centros, puestos (pichi ruca), que expenden productos medicinales, en la práctica de la Medicina alternativa.

La interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que “ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud que presenta una población, lo que implica que el modelo científico occidental no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena es integral y tiene un amplio desarrollo.

## **PARTICIPACIÓN SOCIAL Y TRANSPARENCIA**

Considerando el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud, se toman en cuenta las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos e incidir directamente en la toma de decisiones, en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden ser complementarias y se expresan, a través, de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizados (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud a nivel comunal.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud a nivel local.

- Ejercicio de derecho, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

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 2016, 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

Por último, y en concordancia con lo anteriormente expuesto, es que el accionar de la Atención Primaria en Villa Alemana durante 2016 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**
- **Horario continuo de 08 a 20 horas.**
- **Intervención Familiar Psicosocial**
- **Diagnóstico y control de la TBC**
- **Exámenes de Laboratorio Básico.**
- **Imagenología Digital de Nivel Primario**

## **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 2016, 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 2016.

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 2016 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

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

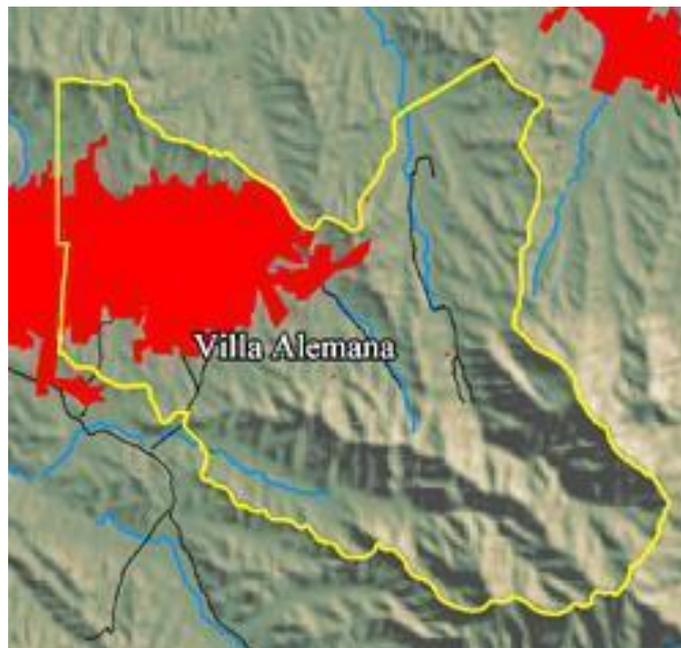
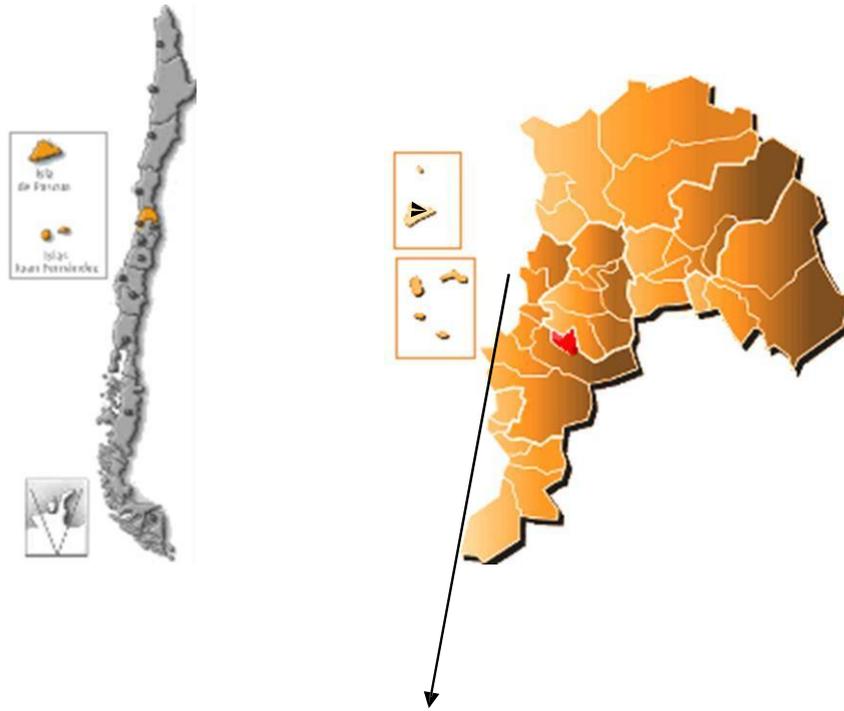
a) Oferta Programática 2016 por Establecimiento

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

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

**PRIMERA SECCION: MODULO FIJO**

**MAPA COMUNAL.**





### ANTECEDENTES GENERALES

<b>ALCALDE</b>	<b>JOSE SABAT MARCOS</b>
DIRECCIÓN	Valparaíso N° 498
TELEFONO	(32) 3145512 - 3145513 – 3145500
FAX	(32) 2539591
WEB	<a href="http://www.villalemana.cl">www.villalemana.cl</a>
EMAIL	<a href="mailto:alcaldía@villalemana.cl">alcaldía@villalemana.cl</a>

<b>CONSEJO MUNICIPAL</b>	<b>PARTIDO POLITICO</b>	<b>PACTO POLITICO</b>
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
Álvaro 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](mailto:departamento.salud.va.@cmva.cl)**

**[saludvalem@gmail.com](mailto:saludvalem@gmail.com)**

**Teléfono: 323243516**

**ESTABLECIMIENTOS:**

**CESFAM DE VILLA ALEMANA:**

**Director: Dr. EDUARDO FERNANDEZ O.**  
**Dirección: Av. Quinta 032.**  
**Teléfono: 323243513 - 323243512**  
[cesfam.villa.alemana@cmva.cl](mailto:cesfam.villa.alemana@cmva.cl)  
[consval@gmail.com](mailto:consval@gmail.com)

**CESFAM EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE:**

**Director: Dra. LORENA LANDAETA S.**  
**Dirección: Santa Margarita esquina Rivadavia S/N**  
**Teléfono: 323243511-23243509**  
[secretaria.cesfam.edofrei@cmva.cl](mailto:secretaria.cesfam.edofrei@cmva.cl)  
[consfrei@gmail.com](mailto:consfrei@gmail.com)

**CESFAM JUAN BAUTISTA BRAVO VEGA:**

**Directora: E.U. RITA GONZALEZ S.**  
**Dirección: Las Araucarias 750.**  
**Teléfono: 323243483**  
[directorcesfam.jbbv@cmva.cl](mailto:directorcesfam.jbbv@cmva.cl)  
[cesfamvalem@gmail.com](mailto: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 2016**

<b>Comuna</b>	<b>CESFAM Villa Alemana</b>	<b>CESFAM Eduardo Frei</b>	<b>CESFAM Juan Bautista B. V</b>
89.062	40.581	23.361	25.120

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

## DOTACION 2016

### Dotación Atención Primaria de Salud, año 2016:

PROFESIONAL	HORAS REQUERIDAS	JORNADAS DE 44
MEDICO	1276	29
ODONTOLOGO	792	18
QUIMICO FARMACEUTICO	44	1
ENFERMERA	968	22
MATRONA	616	14
NITRICION	308	7
A. SOCIAL	264	6
PSICOLOGO	352	8
KINESIOLOGO	396	9
TENS/PARAMEDICO	2596	59
TANS	88	2
ADMINISTRATIVO	1188	27
AUXILIAR DE SERVICIO	792	18
<b>TOTAL</b>	<b>9680</b>	<b>220</b>

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, programa de vigilancia epidemiológica y del medio ambiente, 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 2016 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.

## 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 2015 y proyección estratégica 2016, 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 procesos y resultados. Al corte de Octubre los indicadores por programa son los siguientes:

INDICE ACTIVIDAD ATENCION PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) ENERO - AGOSTO 2015														Total Cumplimiento en actividades	REBAJAS EN PORCENTAJE PONDERADOS ACTIVIDADES
COMUNA	COMPONENTE ACTIVIDAD GENERAL - PONDERADOS										META 11	META 12			
	META 1	META 2	META 3	META 4	META 5	META 6	META 7	META 8	META 9	META 10					
	Cobertura EMP, en hombres de 20 a 44 años	Cobertura EMP, en mujeres de 45 a 64 años	Cobertura EMPAM de 65 años y más	Ingreso control embarazo, antes de las 14 semanas	Altas odontológicas en población menor 20 años	Gestion de reclamos en APS	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 personas 15y+ años	Cobertura Hipertensión Arterial personas 15y+ años	Niñas(os) 12 y 23 meses con riesgo desarrollo psicomotor, recuperados	Tasa de visita domiciliar a Integral	Cobertura Asma población general y EPOC personas 40y+años	Cobertura Atención Integral trastornos mentales en pers. 5 y +años.			
CABILDO	8,5%	8,6%	5,8%	8,7%	8,7%	8,7%	9,6%	9,7%	5,9%	6,2%	0,0%	9,7%	90,20%	0,00%	
CALERA	8,0%	8,0%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	8,7%	8,4%	7,2%	8,4%	6,9%	6,3%	93,83%	0,00%	
CONCON	8,0%	8,0%	7,3%	8,0%	7,8%	8,0%	9,0%	9,0%	7,7%	4,4%	7,6%	9,0%	93,82%	0,00%	
HUJUELAS	7,0%	8,0%	6,4%	8,0%	7,8%	8,0%	9,0%	9,0%	8,0%	7,8%	8,0%	9,0%	96,11%	0,00%	
LA CRUZ	7,5%	8,0%	6,5%	8,0%	7,3%	8,0%	9,0%	8,4%	7,6%	9,0%	8,0%	9,0%	96,25%	0,00%	
LA LIGUA	6,3%	8,7%	7,6%	8,7%	8,7%	8,7%	7,8%	8,3%	8,7%	9,7%	0,0%	9,7%	92,95%	0,00%	
NOGALES	7,8%	8,0%	7,6%	8,0%	8,0%	8,0%	8,7%	8,6%	8,0%	8,9%	8,0%	9,0%	98,55%	0,00%	
OLMUE	8,0%	8,0%	8,0%	7,9%	6,6%	8,0%	9,0%	9,0%	8,0%	8,4%	8,0%	9,0%	97,93%	0,00%	
PAPUDO	8,0%	8,0%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	9,0%	9,0%	6,4%	9,0%	6,3%	9,0%	96,60%	0,00%	
PETORCA	8,0%	8,0%	6,9%	7,8%	6,6%	8,0%	7,8%	7,6%	8,0%	9,0%	6,5%	9,0%	93,25%	0,00%	
PUCHUNCAVI	7,7%	7,7%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,4%	7,8%	8,0%	7,9%	5,1%	9,0%	93,58%	0,00%	
QUILLOTA	7,4%	8,0%	6,6%	8,0%	8,0%	8,0%	8,8%	8,6%	7,3%	9,0%	8,0%	9,0%	96,74%	0,00%	
QUILPUE	5,2%	7,0%	7,6%	8,0%	8,0%	8,0%	9,0%	8,9%	7,4%	7,0%	8,0%	9,0%	93,09%	0,00%	
VILLA ALEMANA	8,0%	8,0%	7,0%	7,8%	7,9%	7,9%	9,0%	9,0%	8,0%	7,9%	8,0%	9,0%	97,39%	0,00%	
VINA DEL MAR	6,9%	8,0%	7,6%	8,0%	8,0%	8,0%	9,0%	9,0%	7,7%	7,0%	8,0%	9,0%	96,08%	0,00%	
ZAPALLAR	8,0%	7,5%	7,8%	8,0%	7,4%	8,0%	8,6%	8,6%	8,0%	9,0%	8,0%	9,0%	97,96%	0,00%	
QUINTERO	6,5%	6,6%	7,9%	8,7%	8,7%	8,7%	9,6%	9,7%	8,0%	9,7%	0,0%	9,7%	93,94%	0,00%	
<b>HOSPITALES BAJA COMPLEJIDAD</b>															
H. Dr. MSánchez V.(La Calera)	3,3%	5,6%	4,2%	8,0%	5,6%	8,0%	7,0%	6,0%	5,4%	8,7%	2,3%	9,0%	73,1%	8,00%	
H. Santo Tomás (Limache)	1,3%	3,3%	5,1%	5,6%	5,0%	8,0%	7,5%	6,4%	5,8%	9,0%	0,6%	6,7%	64,3%	12,00%	
H. San Agustín (La Ligua)	0,7%	4,3%	4,6%	3,7%	6,4%	6,6%	9,0%	9,0%	5,5%	7,6%	4,1%	1,6%	62,9%	12,00%	
H. Dr. V.Hugo Moll (Cabildo)	4,3%	8,0%	5,3%	7,5%	7,3%	8,0%	9,0%	9,0%	8,0%	7,6%	2,4%	4,8%	81,3%	4,00%	
H. de Petorca	6,0%	8,0%	8,0%	8,0%	6,2%	7,9%	9,0%	9,0%	7,4%	9,0%	8,0%	9,0%	95,5%	0,00%	
H. Adriana Cousiño (Quintero)	0,9%	3,0%	4,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,2%	5,6%	8,0%	5,2%	3,9%	9,0%	70,3%	8,00%	
<b>PONDERACION</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,0%</b>	<b>9,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>9,0%</b>			

**ANALISIS 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.
- b) Equipo de trabajo empoderado en las 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) Apoyo de parte de nuestras autoridades para poder realizar actividades de autocuidado del personal para prevenir y superar el estrés laboral.
- p) 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.
- q) Construcción de nuevo laboratorio clínico, ampliando de 90 mts<sup>2</sup> a 180 mts<sup>2</sup> de superficie.
- r) 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.
- s) Departamento de salud con finanzas al día y sin deuda con proveedores.
- t) Formación de monitores de salud, para apoyo a la comunidad.
- u) Implementación del Registro Clínico Electrónico en los CESFAM Villa Alemana y CESFAM Eduardo Frei, lo que permitirá agilizar los procesos con mejor satisfacción usuaria.
- v) Implementación de SAPU con Registro Clínico Electrónico.

**OPORTUNIDADES:**

- 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 resolutiveidad 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 2016

Observaciones:

- Se considera un reajuste de un 6% del Sector Público.
- Se considera una estimación de un 4.6% de variación de IPC proyectado para el 2015.

### PRESUPUESTO INGRESOS AÑO 2016

Subtitulo	Ítem	Asi	Sasi	SSas	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO 2016
<b>05</b>					<b>C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>	<b>6.835.055.116</b>
<b>05</b>	<b>03</b>				<b>DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS</b>	<b>6.835.055.116</b>
05	03	006			DEL SERVICIO DE SALUD	6.377.231.783
05	03	006	001		ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49	6.377.231.783
05	03	006	001	001	PERCAPITA ANUAL	4.948.635.007
05	03	006	001	002	OTROS PROGRAMAS ANUALES	1.428.596.776
05	03	099			DE OTRAS ENTIDADES	7.823.333
05	03	101			DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS	450.000.000
05	03	101	001		APORTE MUNICIPAL	300.000.000
05	03	101	002		BONO MEDICO Y ENFERMERA	150.000.000
<b>06</b>					<b>C X C RENTAS DE LA PROPIEDAD</b>	<b>5.942.810</b>
<b>06</b>	<b>01</b>				<b>ARRIENDO DE ACTIVOS NO FINANCIEROS</b>	<b>5.942.810</b>
<b>08</b>					<b>C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>182.049.103</b>
<b>08</b>	<b>01</b>				<b>RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR</b>	<b>173.417.806</b>
08	01	002			RECUPERACIONES ART. 12 LEY N° 18.196 Y	173.417.806
08	99				OTROS	8.631.297
08	99	999			OTROS	8.631.297
<b>14</b>	<b>01</b>	<b>003</b>			<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>7.023.047.029</b>

Nota: Proyección de inscritos validados año 2015: 87.642 a un valor per cápita año 2016 de \$ 4.705, según Proyecto Ley Presupuesto año 2016.

## PRESUPUESTO GASTOS AÑO 2016

Subtitulo	Ítem	Asi	Sasi	SSas	DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO 2016
<b>21</b>					<b>C X P GASTOS EN PERSONAL</b>	<b>5.329.508.448</b>
<b>21</b>	<b>01</b>				<b>PERSONAL DE PLANTA</b>	<b>5.208.645.472</b>
21	01	001			SUELDOS Y SOBRESUELDOS	4.314.790.670
21	01	002			APORTES DEL EMPLEADOR	92.336.577
21	01	003			ASIGNACIONES POR DESEMPEÑO	507.048.249
21	01	004			REMUNERACIONES VARIABLES	18.527.105
21	01	005			AGUINALDOS Y BONOS	275.942.872
<b>21</b>	<b>03</b>				<b>OTRAS REMUNERACIONES</b>	<b>120.862.976</b>
21	03	001			HONORARIOS A SUMA ALZADA – PERSONAS	120.862.976
<b>22</b>					<b>C X P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO</b>	<b>1.427.852.792</b>
<b>22</b>	<b>01</b>				<b>ALIMENTOS Y BEBIDAS</b>	<b>12.089.634</b>
22	01	001			PARA PERSONAS	12.089.634
<b>22</b>	<b>02</b>				<b>TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO</b>	<b>1.733.919</b>
22	02	002			VESTUARIO, ACCESORIOS Y PRENDAS	1.733.919
<b>22</b>	<b>03</b>				<b>COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES</b>	<b>19.192.638</b>
22	03	001			PARA VEHÍCULOS	11.276.047
22	03	003			PARA CALEFACCIÓN	7.916.591
<b>22</b>	<b>04</b>				<b>MATERIALES DE USO O CONSUMO</b>	<b>908.171.053</b>
22	04	001			MATERIALES DE OFICINA	36.930.970
22	04	002			TEXTOS Y OTROS MATERIALES DE ENSEÑANZA	8.823.414
22	04	003			PRODUCTOS QUÍMICOS	215.187.895
22	04	004			PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	392.170.730
22	04	005			MATERIALES Y ÚTILES QUIRÚRGICOS	203.028.574
22	04	007			MATERIALES Y ÚTILES DE ASEO	27.898.455
22	04	008			MENAJE PARA OFICINA, CASINO Y OTROS	1.018.501
22	04	009			INSUMOS, REPUESTOS Y ACCESORIOS	15.816.187
22	04	010			MATERIALES PARA MANTENIMIENTO Y	3.846.712
22	04	011			REPUESTOS Y ACCESORIOS PARA	2.064.749
22	04	014			PROD. ELAB. Y CUERO, CAUCHO Y PLÁSTICOS	1.384.865
<b>22</b>	<b>05</b>				<b>SERVICIOS BÁSICOS</b>	<b>84.968.203</b>
22	05	001			ELECTRICIDAD	52.466.215
22	05	002			AGUA	16.487.253
22	05	003			GAS	1.202.114
22	05	004			CORREO	36.152
22	05	005			TELEFONÍA FIJA	10.095.363
22	05	006			TELEFONÍA CELULAR	2.484.595
22	05	007			ACCESO A INTERNET	2.196.510
<b>22</b>	<b>06</b>				<b>MANTENIMIENTO Y REPARACIONES</b>	<b>57.228.668</b>
22	06	001			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE	12.843.596
22	06	002			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE	8.147.446
22	06	003			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN	171.756
22	06	004			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE	25.336.665
22	06	005			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE	9.947.268
22	06	007			MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE	781.937
<b>22</b>	<b>07</b>				<b>PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN</b>	<b>33.478.832</b>

22	07	001		SERVICIOS DE PUBLICIDAD	30.763.702
22	07	002		SERVICIOS DE IMPRESIÓN	2.715.131
22	08			SERVICIOS GENERALES	105.603.607
22	08	001		SERVICIOS DE ASEO	10.168.819
22	08	002		SERVICIOS DE VIGILANCIA	71.408.616
22	08	003		SERVICIOS DE MANTENCIÓN DE JARDINES	741.840
22	08	007		PASAJES, FLETES, BODEGAJES Y	10.228.274
22	08	008		SALAS CUNAS Y/O JARDINES INFANTILES	7.616.286
22	08	010		SERVICIO DE SUSCRIPCIÓN DE SIMILARES	5.439.772
22	09			ARRIENDOS	10.189.969
22	09	002		ARRIENDO DE EDIFICIOS	556.410
22	09	003		ARRIENDO DE VEHÍCULOS	9.633.558
22	10			SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	21.014.067
22	10	002		PRIMAS Y GASTOS DE SEGUROS	21.014.067
22	11			SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	152.634.357
22	11	002		CURSOS DE CAPACITACIÓN	11.308.544
22	11	999		OTROS (Exámenes y Serv. Externos: CONAC,	141.325.813
22	12			OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE	21.547.844
22	12	999		OTROS (Gastos Judiciales y Notariales)	64.210
23	01			PRESTACIONES PREVISIONALES	30.998.761
23	01	004		DESAHUCIOS E INDEMNIZACIONES	30.998.761
29				C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO	99.562.136
29	03			VEHÍCULOS	77.802
29	04			MOBILIARIO Y OTROS	52.426.905
29	04	001		MOBILIARIOS DE OFICINAS	1.044.749
29	04	003		OTROS (Mobiliario Específico e Insumos	51.382.156
29	05			MÁQUINAS Y EQUIPOS	24.472.017
29	05	001		MÁQUINAS Y EQUIPOS DE OFICINA	9.002.707
29	05	002		MAQUINARIAS Y EQUIPOS PARA LA	13.896.692
29	05	999		OTRAS (Maquinarias, Equipos y Aparatos	1.572.618
29	06			EQUIPOS INFORMÁTICOS	12.308.543
29	06	001		EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS	12.308.543
29	07			PROGRAMAS INFORMÁTICOS	10.276.870
29	07	002		SISTEMA DE INFORMACIÓN	10.276.870
31				C X P INICIATIVAS DE INVERSIÓN	135.124.892
31	02			PROYECTOS	135.124.892
31	02	004		OBRAS CIVILES	116.299.965
31	02	006		EQUIPOS	18.824.927
35				TOTAL GASTOS	7.023.047.029

**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 de 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 2016:

### Modelo de Atención:

Transcurridos varios años de instalación y posterior implementación del modelo integral de salud y, teniendo en cuenta el avance en las estrategias de desarrollo de la atención Primaria de Salud, entendidas como mayor resolutivez, desarrollo del trabajo de participación social en un marco de mayor institucionalización, nuevas complejidades en la gestión en los ámbitos administrativo y financiero, innovaciones locales en las acciones preventivas y promocionales, entre otros, se hace necesario analizar los mecanismos vigentes de evaluación de la implementación del modelo de salud familiar en los establecimientos de Atención Primaria y de reformularlos para adecuarlos a los nuevos escenarios y desafío que enfrenta la Salud Pública de nuestro país.

Con este propósito el Ministerio de Salud reformula la pauta de certificación de CESFAM, que databa desde 2009, exigiéndose para el 2016, cumplir con los avances en la nueva pauta de evaluación y certificación de desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

En la construcción de esta nueva pauta de certificación se considerarán los tres principios básicos de la Atención Primaria actual, estos son : Atención integral; Atención centrada en la persona y familia; y continuidad del cuidado.

### Participación Social

Durante el año 2016 se mantendrá 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.

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

## PLAN DE CAPACITACION

PROGRAMA CAPACITACION 2016 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) . SERVICIO DE SALUD VILLA ALEMANA COMUNA VILLA ALEMANA												
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							Nº De Horas Pedagógicas	Fecha de Ejecución	
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares Servicios Salud)	Total			
1.- Fortalecer el Modelo de Atención en salud, junto con los valores y principios que lo sustentan	Normas básicas de aseo en APS y manejo de residuos peligrosos en establecimientos de salud	Conocer y manejar las normas básicas de aseo y residuos peligrosos en APS							20	20		
2.- Consolidar el Modelo de Gestión en Red local, regional y suprarregional	Curso de Gestión	Mejorar las competencias de los jefes de programas para la integralidad de sus funciones básicas	10	20				3		33		
3.- Mejorar la Calidad de la atención y Trato al Usuario	Monitorización Ges	Capacitar a personal Administrativo en monitorización de patologías Ges						12		12		
4.- Generar estrategias de desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad y vida funcionaria	Lenguaje de Señas	Capacitar a los funcionarios de la comuna en lenguaje de señas	10	10	6	4	30	20		80		
6.- Incorporar tecnologías de Información y comunicaciones (TICs)	Excel medio y avanzado	Entregar a los funcionarios de APS elementos básicos e intermedios de manejo en las herramientas computacionales	10	20						30		
9.- Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales y accidentes, etc. Que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general	Curso avanzado poli traumatisados	actualización y conocimiento permanente de la atención de pacientes en situaciones de emergencia y desastres para los funcionarios	9	1	5	3	3	7		28		

## 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:**

**Programación Cualitativa 2016. Programa Salud de la Infancia.**

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	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 2% 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	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	REM A01, Sección B	El 25% de los controles realizados a menores de 4 años participa el padre.
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)	Compromiso 4 talleres educativos de habilidades parentales con metodología Nadie Es Perfecto anual.
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.	10% 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	El 5% de los padres y/o cuidadores ingresan a talleres.

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	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 % de aplicaciones de protocolo neurosensorial a niños y niñas de 1 o 2 meses.
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 % de neurosensorial alterados derivados.

<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% de niños y niñas de 3 meses con radiografía de cadera realizada.</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 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% de aplicación de pauta de observación de calidad de apego en el control de salud a los 4 y 12 meses.</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 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</p>	<p>REM A03, Sección B REM P2, Sección A</p> <p>REM A03, Sección A REM P2, Sección A</p>	<p>90% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses y pauta breve en el control de los 12 meses.</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 e rezago del desarrollo en</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% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 18 meses.</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</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>Disminución en un 60% del rezago.</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</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% de aplicaciones de pauta breve en control de los 24 meses.</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</p>	<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.</p>	<p>(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</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador : REM P2, Sección A:</p>	<p>60% de aplicaciones de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 36 meses.</p>

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	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%
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:	Aumentar la cobertura en un 5% de los controles de salud de 24 a 71 meses.
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	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	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	80% de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación con rezago.

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).	90% 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	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	90 % de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación riesgo o retraso.
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niñas y niños 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	REM A26, Sección A REM P2, Sección C	1,5 visitas domiciliarias por niño y niña diagnosticado con riesgo o retraso.
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	

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	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	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	70% de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor recuperados.
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	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	70% de los niños y niñas detectados con retraso en su desarrollo psicomotor recuperados.

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	REM A 23 Sección M REM P3 Sección A	90%
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hipercinético y de la Atención (THA)	Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético 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 Hipercinético y de la Atención)* 100	Numerador: Registro local Denominador : Sección A	100%

### Programación 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 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 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 exceso y por déficit.	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por Exceso</p> <p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.</p>	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	<p>REM P01 , sección E</p> <p>REM P01 , sección D</p>	El 70% de las mujeres reciben atención integral

**PROGRAMA O SERVICIO: INFANCIA – NUTRICIÓN**

**PROMOCIÓN**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables	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	<p>REM A19a, Sección A1</p> <p>REM P2, Sección A</p>	El 10% de los niños y niñas bajo control reciben atención integral

<p>Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables</p>	<p>Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes.</p> <p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal</p>	<p>Cobertura de consulta nutricional 80% de niños 5 meses de vida.</p> <p>Cobertura de consulta nutricional 50% de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses.</p>	<p>N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses.</p> <p>N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses</p>	<p>REM P 02, sección F/ sección A</p> <p>REM P 02, sección F/ sección A</p>	<p>El 80% de los lactantes de 5° mes</p> <p>El 50% de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.</p>
<p>Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables</p>	<p>Consulta nutricional individual a niños con malnutrición por exceso</p> <p>Talleres de nutrición infantil dirigidos a padres o cuidadores de niños menores 6 años con malnutrición por exceso</p>	<p>Disminuir en 2% los niños con obesidad menores de 6 años</p>	<p>% de obesidad en menores de 6 años 2015 – menos % de obesidad 2016</p> <p>N° de talleres de nutrición infantil realizados</p>	<p>REM P02, sección A</p> <p>REM A27, sección A</p>	<p>Disminuir en 2% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años respecto al año anterior</p>
<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 y la utilización de la sala de lactancia</p> <p>Participación en comité de lactancia Materna</p> <p>Formación de promotoras de lactancia Materna</p>	<p>Incremento de 2 puntos 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>N° Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados</p> <p>Lista de asistencia a reuniones de comité de lactancia materna</p> <p>Lista de asistencia a clases de formación de promotoras en LM</p>	<p>REM A 03</p>	<p>Incremento de 2% de LME respecto al año anterior</p>

**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	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 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.	(Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2016 [MENOS]/(Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2015)/ N° mujeres x100	REM 05, P06	Mínimo 20 mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 [MENOS](Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2014)/ N° mujeres

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>(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 2016 [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 2015/N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales</p>	<p>REM A05 / P06</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p>
<p>Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión</p>	<p>Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión</p>	<p>Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior</p>	<p>(N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2016 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2015)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2015))*100</p>	<p>REM A05 /P06</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p>

## 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 2016 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2015)) * 100	REM A5 /P06	Mantener número de consultas 2015	
	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 2016) (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 2015)/N° de niños/as (0 a 9 años)en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015)*100	REM A05/P06	Mantener número de consultas 2015	
		Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)			REM P06	Línea base de 20 niños por CESFAM, correspondiente al 0,5% de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.
		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)		REM A06	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	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de	100% de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	(N° de ingresos a educación de habilidades parentales/N° de educaciones grupales en	REM A27	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 establecimiento s educacionales dirigido 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 dirigido 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 dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 2016 (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2015) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2014)) *100	REM 05	Mantener número de consultas 2015

<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 2016 (MENOS) N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015)) x100</p> <p>N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas 2016 (MENOS) N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015) / N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015)) x100</p>	<p>REM 05</p> <p>REM 05</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p> <p>Mantener número de consultas 2015</p>
<p>Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.</p>	<p>Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).</p>	<p>Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.</p>	<p>N° Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje (GHQ12).</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 de 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 2016 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015) 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 2016[MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015)*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 en tratamiento por Depresión (10 a 19 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 10 a 19 años)*100.	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	Adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	Línea base de adolescentes en tratamiento por Depresión (10 a 19 años).	(N° de jóvenes de 20-24 años en tratamiento por Depresión/Población beneficiaria de 20 a 24 años)*100.	REM P06	Mantener línea base establecida año 2015
	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Línea base de jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adolescentes (10 a 19 años) 2016 / N° de adolescentes (10 a 19 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM P06	Mantener línea base establecida año 2015
	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 casos revisados en consultoría de salud mental de jóvenes (20 a 24 años)2016 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM A06	5 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 adolescentes (10 a 19 años)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de jóvenes (20 a 24 años)2016 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM A06	2 casos por Consultoría Infanto Adolescente.
		Línea base de casos revisados en consultoría de		REM A06	

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 de 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 riesgo / N°	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N°	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 2016 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a	REM 05	Mantener número de consultas 2015
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 2016(MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales	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.	Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2016 (MENOS) Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015) / Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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.	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2015 (MENOS) (Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2015)/ (Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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	(Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2016 (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2015) x 100	REM A05	Mantener línea base 2015
	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 / Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2015) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	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)	Nº de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6	15 casos por CESFAM.
				REM A06	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.	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2016 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2015) x 100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de genero en relación al año anterior.	(Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de genero atendidas año 2016 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de genero atendidas año 2015/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de genero atendidas año 2015) x100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
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 2016 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 )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 o 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 2016/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	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	100%
	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	Mantener línea base 2015
	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 A06 Supeditado a modificación REM / REM A05	Mantener línea base 2015
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adultos mayores (65 años y más) 2016/N° de niñas/os de adultos mayores (65 años y más) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016)x 100		Mantener línea base 2015

**Programación ERA 2016:**

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA. -Flujometría -Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en Sala ERA) x 100</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica</li> <li>- Atención kinésica</li> <li>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</li> <li>-Aplicar índice de BODE</li> <li>-Realizar test de marcha.</li> <li>-Realizar Espirometría</li> <li>-Realizar Pimometría</li> </ul>	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>
<p>crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC, LCFA)</p>	<p>de enfermedades respiratorias crónicas.</p>		<p>crónicas / N° total de pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas ) x 100</p>		
<p>Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años</p>	<p>- 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.</p>	<p>Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años</p>	<p>(N° atenciones en Sala ERA a pacientes con diagnóstico de NAC mayor 65 años/ N° total pacientes diagnosticados NAC mayor 65 años )</p>	<p>REM 23 REM 19 Registro local</p>	<p>50 %</p>

<p>Cumplir Ley GES de Asma, EPOC y NAC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar atención espontanea al 100% de la demanda descompensada.</li> <li>- Asegurar la toma de Espirometría al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Garantizar el 100 % de confirmación diagnóstica.</li> <li>- Mantener el stock de fármacos.</li> <li>-Realizar un monitoreo continuo.</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</li> <li>- Educación individual y grupal antitabaco.</li> </ul>	<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>

**Programación ERA 2015:**

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>-Flujometría</p> <p>-Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<p>- Atención médica</p> <p>- Atención kinésica</p> <p>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</p> <p>-Aplicar índice de BODE</p> <p>-Realizar test de marcha.</p> <p>-Realizar Espirometría</p> <p>-Realizar Pimometría</p>	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica oportuna</li> <li>- Atención kinésica oportuna</li> <li>- Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud</li> <li>- Educación individual y a la familia.</li> </ul>	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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar atención espontanea al 100% de la demanda descompensada.</li> <li>- Asegurar la toma de Espirometría al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Garantizar el 100 % de confirmación diagnóstica.</li> <li>- Mantener el stock de fármacos.</li> <li>-Realizar un monitoreo continuo.</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</li> <li>- Educación individual y grupal antitabaco.</li> </ul>	<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>

## **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 GES, 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 2015 siguen siendo fundamentales para el año 2016:

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 por ciento de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 por ciento en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 por ciento presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 por ciento 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 por ciento la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.

- Disminuir un 15 por ciento el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal y particular subvencionado de la comuna.

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 por ciento 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 Adosado de Especialidades (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia y Rehabilitación Oral; el Hospital Juana Ross de Peña Blanca, 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 ó 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).

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 Olmué**

- 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 y Endodoncia.

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.

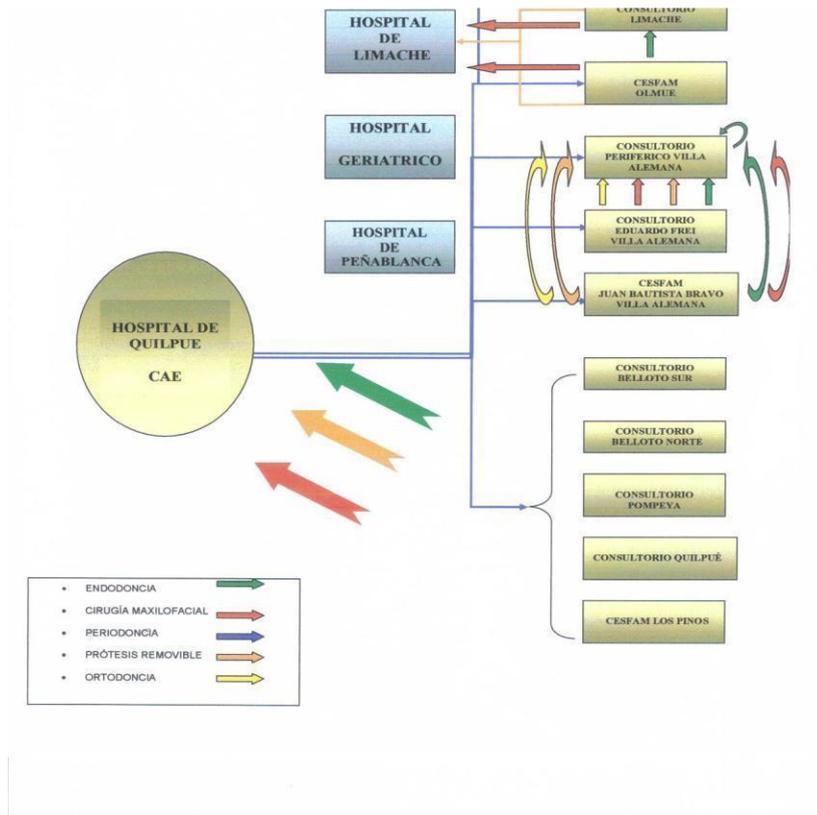
Los Programas Odontológicos actualmente se enfocan en brindar atención odontológica Integral, tanto de Promoción, Prevención y Actividades Curativas, fundamentalmente dirigidos a grupos etáreos priorizados por el Ministerio de Salud. La cobertura se determina en forma porcentual, y esta varía de acuerdo 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	
PENABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA	X		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 Odontológico GES:**

- Atención Dental en niños (salud oral 6 años).
- Atención Dental en embarazadas.
- Atención de Urgencia.
- Atención odontológica adultos de 60 años

### **Programa Odontológico Integral:**

- Resolución de especialidades odontológicas en APS (Endodoncias y Protesis en APS)
- Más Sonrisas para Chile (Altas integrales y Auditorias clínicas)
- Programa para Hombres de Escasos Recursos (Altas integrales)

### **Programa Mejoramiento del acceso a la atención odontológica:**

- Consultas de morbilidad mayores de 20 años en extensión horaria
- Altas integrales de 4tos medios

### **Programa Sembrando Sonrisas:**

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

### **IAAPS (Índice De Actividades En APS):**

- Altas Integrales en Menores de 20 años.

### **Metas Sanitarias:**

- Alta integral de paciente de 12 años.

### **Programa Odontológico JUNAEB:**

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

### **Prestaciones de especialidad CESFAM Villa Alemana:**

- Ortodoncia
- Cirugía bucal

### **Radiología (periapicales, bite-wing, oclusales)**

## 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</p> <p>(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.</p> <p>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</p>	<p>REM 09</p> <p>Población per cápita</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>
GES 6 años	Incrementar la cobertura atención odontológica integral. (GES Salud Oral Niños 6 años)	<p>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</p> <p>(N° de niños de 6 años con alta Odontológica / Total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios) x100</p> <p>(N° de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total / Total de niños de 12</p>	<p>REM 02</p> <p>REM 09</p>	<p>Atención a niños de pre-kínder y kínder de las escuelas adscritas al módulo 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</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> <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"> <li>- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal</li> <li>-Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro</li> <li>-Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal</li> <li>Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en</li> </ul>

### 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.	50 por ciento 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
			50 por ciento 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 85 por ciento 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 80 por ciento de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años,	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			100 por ciento 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

	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
4	Aumentar el número de gestantes, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 68 por ciento 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 por ciento 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	269 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 de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 100 por ciento 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

**PROGRAMACION CUALITATIVA 2016**

**PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**

**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 Preventiva del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Incrementar 1% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2015.	(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 1% cobertura de los EMP Realización de operativos
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP o 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 1% 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 o 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 1% cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en	Control de Salud: Estimación del	El 60% de las personas con diabetes	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control a	REM P04; Sección A REM P04,	Compromiso 60% personas con diabetes

<p>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 según lo solicitado por el SSVQ</p> <p>100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>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 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>tipo 2 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 &lt; 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 80% 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.	N° de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° 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.	(N° de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ N° 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 en personas 20 a 64 años	Control de salud: evaluar Riesgo coronario.	Definir línea base en personas de 20 a 64 años bajo control <b>“no diabéticos”</b> de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(N° personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p>	<p>en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años bajo control de riesgo CV alto al corte)*100</p>		
		<p>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>(Nº 20 a 64 años <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p>		

			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 al corte) * 100.		
<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>Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)</p>	<p>(Proporción 2015)/ (Proporción 2016)</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 centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en</p>	<p>Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)</p>

				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	(Nº 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).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con	REM A01 Sección C	Compromiso incrementar en un 10% 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	(Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº 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%)	Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control

<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>Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior</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 &lt; 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 80% 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</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 con diabetes tipo</p>	<p>REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>Compromiso 60% personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,</p>

		activas reciben manejo avanzado de heridas.	2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100		
--	--	---	--	--	--

### Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso o 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 en AM.	Control de salud: Evaluar riesgo coronario.	Definir línea base en personas AM bajo control <b>“no diabéticos”</b> de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(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	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>Definir línea base en Adulto mayor bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en AM bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto Y con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>al corte)*100</p> <p>(N° de Adultos mayores <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p> <p>(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 130/80 mmHg y Col LDL &lt; 100 mg/dl, en el último control) / (N° total AM diabéticos bajo control en PSCV con riesgo CV 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)</p>	<p>Control de Salud PSCV: aplicación Anual.</p>	<p>Incrementar en un 30% la evaluación de la calidad de la atención en los</p>	<p>(Proporción 2015)/ (Proporción 2016)</p>	<p>QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30% la evaluación de la calidad de la</p>

<p>que reciben las personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV.</p>		<p>últimos 12 meses , de las personas Diabéticas de 65 años y más en control PSCV.</p>		<p>elementos básicos para evaluar la calidad de la atención</p> <p>REM P4</p> <p>Proporción pacientes diabéticos evaluados</p> <p>(N° de personas con diabetes de 65 años y más 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.</p>	<p>atención (Quialidiab) de los bajo control con DM2 de 65 y más años.</p>
--	--	--	--	---	--

**PROGRAMACIÓN 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	N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A 27	<b>Realización de 1 Sesión de taller a gestantes.</b>

**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.	90% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03 SECCION B2-B3-B4	<b>Aplicación de Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada y Escala de Edimburgo</b>
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en	100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado	N° de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /N° total de gestante en	REM A03 SECCION B2-B3- B4	<b>Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)</b>

	control prenatal		control prenatal x 100		<b>Factores psicosociales de Riesgo.</b>
--	------------------	--	---------------------------	--	--

**ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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 A- D 26	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**COMUNA DE VILLA ALEMANA**

**PROGRAMA O SERVICIO: SALUD INFANTIL – SERVICIO SOCIAL**

**ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCION**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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	Realizar a lo menos 3 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas –	REM A19 A; A-3 Sección B.1:	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de COMSE, y Actividades de PROMOS.

	comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la “Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local”	Establecimientos Educativos basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.		
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 10% línea de base 2015.	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	30% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 5	Numerador: REM A26	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.

		domiciliarias integrales	años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.		
--	--	--------------------------	--	--	--

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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 /o establecimientos de salud.	100 % 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 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 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 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 A06 Sección A-1	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación.

<p>Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.</p>	<p>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.</p>	<p>50% Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.</p>	<p>(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</p>	<p>REM A26</p>	<p>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</p>
---	--	--	---	----------------	---

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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 complementar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	20% 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 2016**

**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.	(Nº de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ Nº 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: PREVENCION**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas con riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo	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 Espontanea 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.	5% 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.

## PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2016

### 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
1.- 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	1. Consejería preconcepcional a todas las mujeres y/o parejas que lo soliciten.		
			Nº de consejerías realizadas/ Nº total de personas atendidas que desean embarazo) x 100	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	
			(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)	
	El 50% de gestantes en control participa en talleres	Talleres de 4 sesiones para gestantes.		P01
2. Aumentar a lo menos en un 10% las gestantes que ingresan a talleres de preparación para el parto y crianza con respecto al año 2015.				
			(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados	REM A27 REM P05

	Aumentar el porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro respecto al año anterior			
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo		Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro.		
	Al 100% de las gestantes en control, se les evalúa, pesquisa y deriva al nivel secundario si existen factores de riesgo de parto prematuro			
			(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro)	REM A01
	100% de las embarazadas con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario , para ser evaluadas por especialista , según guía perinatal			
	Al 100% de las gestantes, se les realiza examen VDRL antes de las 14 semanas de gestación , según normativa			
Prevenir el 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		

			(N° de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico	
	El 70% de las puérperas y recién nacidos son atendidos dentro de los 10 días de vida			
			N° total de VDRL de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación )	
	100% de gestantes con aplicación de Escala Edimburgo			
			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 ds	
		Derivar a ARO del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según guía perinatal vigente		
Detectar embarazadas con riesgo biomédico				REM A05
	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado		N° de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/N° total de gestantes ingresadas)	Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
	90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.			
		Realización tamizaje de sífilis según normas vigentes.	N° de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /N° total de gestantes en control prenatal	

		Detección, tratamiento y seguimiento según normativa al 100% de las gestantes con serología reactiva.	(N° de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / N° de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA)	REM A05
				Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.				
	100% de derivación a consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso y deficit.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.		
			N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por	REM A05 REM A11
			Exceso y deficit)	
		Aplicar evaluación Psicosocial abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal		
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al RN antes de los 11 días de vida.				
		Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal		REM A01
Detección de Depresión en el embarazo				REM A05
		Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera		

Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (EPSA)				
		Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y déficit		REM A03
				REM A05
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.				REM A03 REMA05
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso y deficit.				REM P1 REM P01

## B.- VIH- ITS

OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.</p> <p>Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS</p> <p>Detectar, tratar y/o</p>	<p>Brindar atención integral y de calidad al 100% de las personas que consulten por sospecha de ITS o VIH- SIDA.</p> <p>Aumentar en un 10% consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS</p> <p>Realizar consejería pre y post test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa.</p>	<p>Realizar consejería pre test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa.</p> <p>Realizar consejería VIH pre test al 100% de las gestantes que ingresen a control prenatal.</p> <p>Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.</p> <p>Realizar consejería VIH post test al 100% de los usuarios que reciban resultado del test de VIH.</p>	<p>Nº de personas con consejería pre y post test/ Nº total de personas que solicitan test de Elisa</p> <p>Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2015 (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)/ Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014</p>	REM A19

<p>derivar oportunamente, en casos de serologías positivas</p>	<p>Realizar diagnóstico, tratamiento y/o derivación oportuna al 100% de los usuarios que consulten por ITS.</p>	<p>Realizar Consejería en prevención de ITS/VIH-SIDA al 100% de los adolescentes que estén en control de regulación de la fecundidad y/o que lo soliciten.</p> <p>Realizar Consejería VIH- ITS al 100% de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.</p> <p>Educar y reforzar las medidas preventivas de ITS- VIH/SIDA en colegios de la comuna.</p> <p>Realizar control de morbilidad a todos los usuarios que consulten por sospecha de ITS.</p> <p>Coordinar con nivel secundario, el ingreso de los casos de VIH (+), según norma.</p>	<p>Nº de gestantes que reciben consejería/ Nº de gestantes ingresadas al control de gestación</p> <p>Nº de adolescentes con consejería/ Nº total de adolescentes que ingresan a Reg. Fecundidad</p> <p>Nº de charlas educativas de prevención de ITS en colegios efectuadas</p>	<p>REM A19a: Sección A1</p>
--	---	---	---	---------------------------------

<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>Aumento de cobertura preventiva</p>	<p>Realizar derivación oportuna y según norma al 100% de los usuarios con VIH (+) confirmado por ISP.</p> <p>100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis</p> <p>Realizar diagnóstico, tratamiento, derivación oportuna y seguimiento al 100% de las gestantes, puérperas y recién nacidos con VDRL reactivo.</p> <p>Realizar diagnóstico, consejería y derivación oportuna del 100% los casos de VIH(+) confirmados por el ISP, en gestantes y puérperas en control.</p>	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p> <p>Realizar notificación en boletín ENO de todos los casos de VIH(+), sífilis y gonorrea confirmados.</p> <p>Manejo, según norma de todos los casos de sífilis y VIH (+) de embarazadas, puérperas y recién nacidos en control.</p>	<p>Nº de casos nuevos con VIH + derivadas a nivel secundario/ Nº total de casos nuevos VIH+</p> <p>Nº total de VDRL o RPR de gestantes,</p> <p>procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación</p> <p>Notificaciones efectuadas/ Casos VIH +, sífilis, gonorrea confirmados</p>	<p>REM A19</p> <p>REM A5</p> <p>REM A19</p> <p>IC GES</p> <p>F. CLINICA</p> <p>Boletín ENO</p> <p>F. CLINICA</p> <p>REM 11</p> <p>REM A05</p>
--	--	---	---	---

				REM 11 F. Clínica Boletín ENO  auditorias
--	--	--	--	---

<p>Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.</p>	<p>Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia</p>	<p>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 Prevencción aborto</p>	<p>(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)</p>	<p>REM A01</p>
--	--	---	---	----------------

## C.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
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  Orientación, consejería y prescripción de MAC	Nº de Consejerías en SSR otorgadas/Nº de consejerías solicitadas  Nº de usuarios ingresados al programa RF	REM A19
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	REM A5 CENSO P1
Facilitar el acceso de los adolescentes al uso de los métodos anticonceptivos.		Control preconcepcional.	Nº de gestantes que ingresan a control con fracaso de MAC/Nº de gestantes que ingresadas	Tarjetero MAC
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	Nº de embarazos planificados	Ficha Clínica REM 01 CENSO P1

	Facilitar el acceso, mediante horario flexible, al 100% de los adolescentes que deseen iniciar un método anticonceptivo.	y colegios de la comuna.		REM 05
--	--	--------------------------	--	--------

#### 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 68% 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  Eventos de difusión realizados  N° de PAP efectuados  Cobertura de PAP	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos.  REM P12 Sección A  Población de mujeres de 25 a 64 año  REM A19  CENSO P1

<p>Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.)</p>	<p>Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.</p> <p>EFM al 100% de mujeres en control ginecológico</p>	<p>Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE</p>	<p>vigente</p> <p>Nº de usuarias con PAP positivos derivadas (GES)/Nº total de mujeres con PAP positivos</p> <p>(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015 (MENOS)</p> <p>Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)/ Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)*100</p> <p>Nº de mujeres con EFM</p> <p>Nº de mujeres con Mamografía efectuada</p>	<p>IC GES F.CLINICA</p> <p>REM P12 Sección C</p> <p>Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años</p> <p>F.CLINICA. HOJA DIARIA ACT.</p>
--	---	--	--	--

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

### 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

PROGRAMACION CESFAM EDUARDO FREI RUIZ-TAGLE:

**Programación Cualitativa 2016. Programa Salud de la Infancia.**

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	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 2% 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 4 años en los que participa el padre</p>	<p>25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre</p>	<p>(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100</p>	<p>REM A01, Sección B</p>	<p>El 25% de los controles realizados a menores de 4 años participa el padre.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100</p>	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)</p>	<p>Compromiso 4 talleres educativos de habilidades parentales con metodología Nadie Es Perfecto anual.</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>10% 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.</p>	<p>(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</p>	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo  REM P2 SECCION A</p>	<p>El 5% de los padres y/o cuidadores ingresan a talleres.</p>
<p>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.</p>	<p>Taller a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año acerca de prevención de IRA.</p>	<p>cobertura de talleres en 30% de prevención Ira a madres , padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año</p>	<p>(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños menores</p>	<p>REM A27 Sección A REM P2 Sección A</p>	<p>mantendrá 30% cobertura</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 al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurossensorial</p>	<p>100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurossensorial aplicado</p>	<p>(N° de aplicaciones de protocolo neurossensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:</p>	<p>100 % de aplicaciones de protocolo neurossensorial a niños y niñas de 1 o 2 meses.</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 al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial</p>	<p>100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado</p>	<p>(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</p>	<p>REM A03, Sujeto a cambios REM 2014</p>	<p>100 % de neurosensorial alterados derivados.</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>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% de niños y niñas de 3 meses con radiografía de cadera realizada.</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</p>	<p>REM A03, Sección A</p> <p>REM A01, Sección B</p>	<p>100% de aplicación de pauta de observación de calidad de apego en el control de salud a los 4 y 12 meses.</p>
---	--	--	--	---	--

<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños 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% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses y pauta breve en el control de los 12 meses.</p>
<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente e rezago del desarrollo en</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% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 18 meses.</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</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>Disminución en un 60% del rezago.</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</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% de aplicaciones de pauta breve en control de los 24 meses.</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</p>	<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.</p>	<p>(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</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:</p>	<p>60% de aplicaciones de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 36 meses.</p>

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	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%
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:	Aumentar la cobertura en un 5% de los controles de salud de 24 a 71 meses.
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	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	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	80% de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación con rezago.

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).	90% 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	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2	90 % de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación riesgo o retraso.
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	1,5 visitas domiciliarias por niño y niña diagnosticado con riesgo o retraso.
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	

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	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	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	70% de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor recuperados.
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	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	70% de los niños y niñas detectados con retraso en su desarrollo psicomotor recuperados.

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	REM A 23 Sección M REM P3 Sección A	90%
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hipercinético y de la Atención (THA)	Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético 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 Hipercinético y de la	Numerador: Registro local Denominador: Sección A	100%

### Programación 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 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 2: Alimentación Saludable en Embarazada Taller 4: Lactancia Materna	80% gestantes en control participando 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 exceso y por déficit.	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por Exceso</p> <p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.</p>	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	<p>REM P01 , sección E</p> <p>REM P01 , sección D</p>	El 70% de las mujeres reciben atención integral

**PROGRAMA O SERVICIO: INFANCIA – NUTRICIÓN**

**PROMOCIÓN**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables	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	<p>REM A19a, Sección A1</p> <p>REM P2, Sección A</p>	El 10% de los niños y niñas bajo control reciben atención integral

<p>Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables</p>	<p>Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes.</p> <p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal</p>	<p>Cobertura de consulta nutricional 80% de niños 5 meses de vida.</p> <p>Cobertura de consulta nutricional 50% de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 11 meses</p>	<p>N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses.</p> <p>N° niños con consulta nutricional a los 3 años 6 meses / Población bajo control de niños entre 42 y 47 meses</p>	<p>REM P 02, sección F/ sección A</p> <p>REM P 02, sección F/ sección A</p>	<p>El 80% de los lactantes de 5° mes</p> <p>El 50% de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.</p>
<p>Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables</p>	<p>Consulta nutricional individual a niños con malnutrición por exceso</p> <p>Talleres de nutrición infantil dirigidos a padres o cuidadores de niños menores 6 años con malnutrición por exceso</p>	<p>Disminuir en 2% los niños con obesidad menores de 6 años</p>	<p>% de obesidad en menores de 6 años 2015 – menos % de obesidad 2016</p> <p>N° de talleres de nutrición infantil realizados</p>	<p>REM P02, sección A</p> <p>REM A27, sección A</p>	<p>Disminuir en 2% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años respecto al año anterior</p>
<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 y la utilización de la sala de lactancia</p> <p>Participación en comité de lactancia Materna</p> <p>Formación de promotoras de lactancia Materna</p>	<p>Incremento de 2 puntos porcentual de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida</p> <p>Respecto al año anterior.</p>	<p>Proporción de metas (2015) menos proporción de metas (2014)</p> <p>N° Talleres – Educaciones Lactancia Materna realizados</p> <p>Lista de asistencia a reuniones de comité de lactancia materna</p> <p>Lista de asistencia a clases de formación de promotoras en LM</p>	<p>REM A 03</p>	<p>Incremento de 2% de LME respecto al año anterior</p>

**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	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 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.	(Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2016 [MENOS](Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015)	REM 05/ P06 de violencia de género	Mantener número de víctimas de violencia de género 2015 [MENOS](Nº mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género (2014)/ N° mujeres

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>(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 2016 [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 2015/N° de</p>	<p>REM A05 / P06</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p>
<p>Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión</p>	<p>Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión</p>	<p>Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior</p>	<p>(N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2016 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2015)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por</p>	<p>REM A05 /P06</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p>

## 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 2016 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015)/	REM A5 /P06	Mantener número de consultas 2015
	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 (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2015)) * 100	REM A05/P06	Mantener número de consultas 2015
	Niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Establecer una Línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno	(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 2016) (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 2015)/N° de niños/as (0 a 9 años)en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015)*100	REM P06	Línea base de 20 niños por CESFAM, correspondiente al 0,5% de niños entre 0 y 9 años a nivel comunal.
				REM A06	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	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 dirigido 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 dirigido 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 dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 2016 (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2015) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2014)) *100	REM 05	Mantener número de consultas 2015

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 de 20 a 24 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.  Aumentar la atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 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 2016 (MENOS) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015)) x100  N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas 2016 (MENOS) / N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015) / N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015)) x100	REM 05  REM 05	Mantener número de consultas 2015  Mantener número de consultas 2015
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 o 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 2016 [MENOS] / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015) 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 (N° de adolescentes de 15 a 19 años que ingresan a tratamiento de depresión	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 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	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 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2016[MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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	Mantener línea base establecida año 2015
	Jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adolescentes (10 a 19 años)	(N° de jóvenes de 20-24 años en tratamiento por Depresión/Población beneficiaria de 20 a 24 años)*100.	REM P06	5 casos por Consultoría Infanto Adolescente.
	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 casos revisados en consultoría de salud mental de adolescentes (10 a 19 años) 2016 / N° de adolescentes (10 a 19 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM A06	
	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)2016 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de	REM A06	2 casos por Consultoría Infanto Adolescente.

SALUD EN EDAD ADULTA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso P r 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 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 2016 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género año 2015/N° total de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género 2014) x 100	REM 05	Mantener número de consultas 2015
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 2016(MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2015) 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.	Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2016 (MENOS) Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015) / Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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.	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2015 (MENOS) (Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2015)/ (Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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	(Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2016 (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 / Nº de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año)2015) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	Nº de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6	15 casos por CESFAM.
	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Nº de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años)*100.	REM A06	12 sesiones por CESFAM
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	Mental de adultos (25 a 64 años)			

## 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.	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2016 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2015) x 100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
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.	(Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2016 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015) x100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
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 2016 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 )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 2016/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	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	100%
	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	Mantener línea base 2015
	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 A06 Supeditado a modificación REM / REM A05	Mantener línea base 2015
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adultos mayores (65 años y más) 2016/N° de niñas/os de adultos mayores (65 años y más) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016)x 100		Mantener línea base 2015

**Programación ERA 2016:**

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>-Flujometría</p> <p>-Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<p>- Atención médica</p> <p>- Atención kinésica</p> <p>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</p> <p>-Aplicar índice de BODE</p> <p>-Realizar test de marcha.</p> <p>-Realizar</p>	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	Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que	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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica oportuna</li> <li>- Atención kinésica oportuna</li> <li>-Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud</li> <li>-Educación</li> </ul>	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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar atención espontanea al 100% de la demanda descompensada.</li> <li>- Asegurar la toma de Espirometría al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Garantizar el 100 % de confirmación diagnostica.</li> <li>- Mantener el stock de fármacos.</li> <li>-Realizar un monitoreo continuo.</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</li> <li>- Educación individual y grupal antitabaco.</li> </ul>	<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>

**Programación ERA 2015:**

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>-Flujometría</p> <p>-Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<p>- Atención médica</p> <p>- Atención kinésica</p> <p>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</p> <p>-Aplicar índice de BODE</p> <p>-Realizar test de marcha.</p> <p>-Realizar</p>	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	Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que	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	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 diagnostico 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>

## **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 GES, 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 2015 siguen siendo fundamentales para el año 2016:

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 por ciento de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 por ciento en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 por ciento presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 por ciento 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.

### **Objetivos 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 por ciento la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.

- Disminuir un 15 por ciento el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal y particular subvencionado de la comuna.

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 por ciento 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 Adosado de Especialidades (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia y Rehabilitación Oral; 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 ó 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).

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 Olmué**

- 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 y Endodoncia.

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.

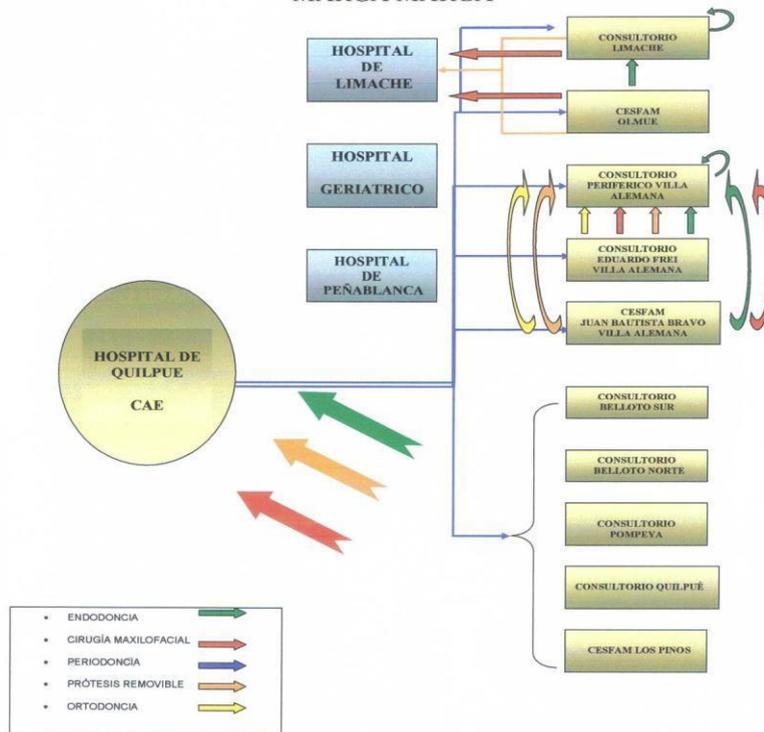
### Canasta de Prestaciones

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	
PENABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA	X		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 Odontológico GES:**

- Atención Dental en niños (salud oral 6 años).
- Atención Dental en embarazadas.
- Atención de Urgencia.
- Atención odontológica adultos de 60 años

### **Programa Odontológico Integral:**

- Resolución de especialidades odontológicas en APS (Endodoncias y Protesis en APS)
- Más Sonrisas para Chile (Altas integrales y Auditorias clínicas)
- Programa para Hombres de Escasos Recursos (Altas integrales)

### **Programa Mejoramiento del acceso a la atención odontológica:**

- Consultas de morbilidad mayores de 20 años en extensión horaria
- Altas integrales de 4tos medios

### **Programa Sembrando Sonrisas:**

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

### **IAAPS (Índice De Actividades En APS):**

- Altas Integrales en Menores de 20 años.

### **Metas Sanitarias:**

- Alta integral de paciente de 12 años.

### **Programa Odontológico JUNAEB:**

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

### **Prestaciones de especialidad CESFAM Villa Alemana:**

- Ortodoncia
- Cirugía bucal

### **Radiología (periapicales, bite-wing, oclusales)**

## 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</p> <p>(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.</p> <p>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</p> <p>(N° de niños de 6 años con alta Odontológica / Total de niños de 6 años inscritos o beneficiarios) x100</p>	<p>REM 09</p> <p>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-kinder y kínder de las escuelas adscritas al módulo 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>
GES 6 años	Incrementar la cobertura atención odontológica integral. (GES Salud Oral Niños 6 años)	(N° de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total / Total de niños de 12	REM 09	

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> <p>Atención odontológica integral</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"> <li>- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal</li> <li>-Capacitación equipo odontológico en la "Técnica de Tratamiento de Desinfección Total" para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro</li> <li>-Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal</li> <li>Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en</li> </ul>

### 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 percápita	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.	50 por ciento 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
			50 por ciento 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 85 por ciento 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 80 por ciento de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años,	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			100 por ciento 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

	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>
4	Aumentar el número de gestantes, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 68 por ciento 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 por ciento 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	269 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 de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 100 por ciento 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

**PROGRAMACION CUALITATIVA 2016**

**PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**

**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 de pauta de protocolo.	Incrementar 1% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2015.	(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 1% cobertura de los EMP Realización de operativos
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP o 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 1% 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 o en consulta de morbilidad	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 1% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población	REM P04; Sección A	Compromiso incrementar 1% cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2

		tipo 2.	beneficiaria) x 100		
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013	El 60% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM según lo solicitado por el SSVQ .  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
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 80% 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 .
Establecer línea base de riesgo cardiovascular 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 <b>“no diabéticos”</b> de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p>	<p>en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto al corte)*100</p> <p>(Nº 20 a 64 años <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p>		
		<p>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>(Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 130/80 mmHg y Col LDL &lt; 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto</p>		

			al corte) * 100.		
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.	Control de Salud PSCV: aplicación Anual.	Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)	(Proporción 2015)/ (Proporción 2016)	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 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.	Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)

## **ADULTO MAYOR**

### **Área Estratégica: Promoción**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente /	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años	Compromiso incrementar 3% cobertura de los EMP

		anterior	población inscrita de 65 y más años)*100	validada por Fonasa	
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 10% 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%)	Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 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 DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior
Prevenir o detener la	Control de	80% de las	(N° de adultos	REM PO 4	Compromiso 80% personas

<p>progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>salud: Calculo de velocidad de Filtración Glomerular (Clearence &lt; 60%) RAC a VFG de 60 – 90 ml/min)</p>	<p>personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100</p>	<p>Sección B*</p>	<p>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>(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100</p> <p>(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</p>	<p>REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>Compromiso 60% personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,</p>

**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	N° de AM hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ N° 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	N° de personas AM diabéticos con Hb1Ac <7% / N° 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 en AM.	Control de salud: Evaluar riesgo coronario.	Definir línea base en personas AM bajo control <b>“no diabéticos”</b> de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(N° 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	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>Definir línea base en Adulto mayor bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en AM bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto Y con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>en el último control) / (N° total de AM bajo control de riesgo CV alto al corte)*100</p> <p>(N° de Adultos mayores <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p> <p>(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 130/80 mmHg y Col LDL &lt; 100 mg/dl, en el último control) / (N° total AM diabéticos</p>		
--	--	---	---	--	--

			bajo control en PSCV con riesgo CV alto al corte) * 100.		
<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)/ (Proporción 2016)</p>	<p>QUALIDIAB- Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención</p> <p>REM P4</p> <p>Proporción pacientes diabéticos evaluados</p> <p>(N° de personas con diabetes de 65 años y más 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.</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30% la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab) de los bajo control con DM2 de 65 y mas años.</p>

**PROGRAMACIÓN 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	<b>Realización de 1 Sesión de taller a gestantes.</b>

**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.	90% 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 B2-B3-B4	<b>Aplicación de Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada y Escala de Edimburgo</b>

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- B3- B4	<b>Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)</b>  <b>Factores psicosociales de Riesgo.</b>
--	---	---	--	-------------------------------	--

**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 A- D 26	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación	Realizar a lo menos 3 actividades anuales que fomenten el	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la	REM A19 A; A-3 Sección B.1:	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de</b>

integral de niñas y niños.	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”	desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.		<b>COMSE, y Actividades de PROMOS.</b>
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 10% línea de base 2015.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	REM A19a Sección B1	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE y Actividades de PROMOS</b>

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	Visita domiciliaria integral	30% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit	Numerador: REM A26	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo</b>

psicomotor		psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	de DSM / Total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.		social.
------------	--	---	---	--	---------

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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.	100 % 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.	(N° de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM Sección A19a B1	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE y Actividades de PROMOS</b>

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 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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE, Dupla Psicosocial y Actividades de PROMOS.</b>

**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	REM A06 Sección A-1	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación.</b>

			con situación de violencia) x 100		
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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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 complementar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	20% 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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención	(N° de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / N° de población	A06	Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o

con riesgo psicosocial.	sospecha de maltrato según protocolo	y derivación según corresponda.	inscrita validada de 65 años y más) x 100		<b>Derivación, Taller de Autocuidado Consejo Local, Equipo Gerontológico.</b>
-------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---	--	---

### 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 con 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 / N° 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 / N° 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 riesgo psicosocial / N° total de</p>	Rem A26	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación, Consejo Local, Equipo Gerontológico.</b>

			persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 104) x 100		
--	--	--	---	--	--

**ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN**

**Tratamiento, Rehabilitación**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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.	(Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100	REM A26	<b>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.</b>
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.	5% 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,	REM A19A y REM A4	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación y coordinación Intra y Extra sectorial.</b>

			Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.		
--	--	--	--	--	--

## PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2016

### 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.

i-

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.



<p>2. Aumentar a lo menos en un 10% las gestantes que ingresan a talleres de preparación para el parto y crianza con respecto al año 2015.</p> <p>Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo</p>	<p>El 50% de gestantes en control participa en talleres</p> <p>Aumentar el porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro respecto al año anterior</p>	<p>Talleres de 4 sesiones para gestantes.</p> <p>Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro.</p>	<p>(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados)</p>
---	---	--	--

Al 100% de las gestantes en control, se les evalúa, pesquisa y deriva al nivel secundario si existen factores de riesgo de parto prematuro

100% de las embarazadas con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario , para ser evaluadas por especialista , según guía perinatal

Al 100% de las gestantes, se les realiza examen VDRL antes de las 14 semanas de gestación , según normativa

(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro)

Prevenir el 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)

(N° de gestantes con riesgo biomédico \*derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico)

El 70% de las púerperas y recién nacidos son atendidos dentro de los 10 días de vida

N° total de VDRL de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación )

100% de gestantes con aplicación de Escala Edimburgo

<p>Detectar embarazadas con riesgo biomédico</p>	<p>90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado</p> <p>90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.</p>	<p>Derivar a ARO del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según guía perinatal vigente</p>	<p>Nº ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de los 11 días de vida / Nº total de ingresos de RN a control antes de 28 ds</p> <p>Nº de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/Nº total de gestantes ingresadas)</p>
--	--	--	---



Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al RN antes de los 11 días de vida.

Aplicar evaluación Psicosocial abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal

Detección de Depresión en el embarazo

Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal

Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera

Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (EPSA)

Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.

Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso y deficit.

Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y deficit

## 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.	.Nº de personas con consejería pre y post test/ Nº total de personas que solicitan test de Elisa  Nº de consejerías en salud sexual	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  Realizar consejería pre y post test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa.	Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.  Realizar consejería VIH post test al 100% de los usuarios que reciban resultado del test	reproductiva realizadas el año 2015 (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)/ Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014  Nº de gestantes que reciben consejería/ Nº de gestantes ingresadas al control de gestación	

<p>Detectar, tratar y/o derivar oportunamente, en casos de serologías positivas</p>	<p>Realizar diagnóstico, tratamiento y/o derivación oportuna al 100% de los usuarios que consulten por ITS.</p>	<p>de VIH.</p> <p>Realizar Consejería en prevención de ITS/VIH-SIDA al 100% de los adolescentes que estén en control de regulación de la fecundidad y/o que lo soliciten.</p> <p>Realizar Consejería VIH- ITS al 100% de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.</p> <p>Educar y reforzar las medidas preventivas de ITS- VIH/SIDA en colegios de la comuna.</p> <p>Realizar control de morbilidad a todos los usuarios que consulten por sospecha de ITS.</p>	<p>Nº de adolescentes con consejería/ Nº total de adolescentes que ingresan a Reg. Fecundidad</p> <p>Nº de charlas educativas de prevención de ITS en colegios efectuadas</p> <p>Nº de casos nuevos con VIH + derivadas a nivel secundario/ Nº total de casos nuevos VIH+</p> <p>Nº total de VDRL o RPR de gestantes,</p> <p>procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14</p>	<p>REM A19a: Sección A1</p> <p>REM A19</p> <p>REM A5</p> <p>REM A19</p>
<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>Aumento de cobertura preventiva</p>	<p>Realizar derivación oportuna y según norma al 100% de los usuarios con VIH (+) confirmado por ISP.</p> <p>100% de las embarazadas que ingresan</p>	<p>Coordinar con nivel secundario, el ingreso de los casos de VIH (+), según norma.</p> <p>Tamizaje para sífilis durante el</p>	<p>Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14</p>	<p>REM A19</p>

	<p>a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis</p> <p>Realizar diagnóstico, tratamiento, derivación oportuna y seguimiento al 100% de las gestantes, puérperas y recién nacidos con VDRL reactivo.</p> <p>Realizar diagnóstico, consejería y derivación oportuna del 100% los casos de VIH(+) confirmados por el ISP, en gestantes y puérperas en control.</p>	<p>embarazo.</p> <p>Realizar notificación en boletín ENO de todos los casos de VIH(+), sífilis y gonorrea confirmados.</p> <p>Manejo, según norma de todos los casos de sífilis y VIH (+) de embarazadas, puérperas y recién nacidos en control.</p>	<p>semanas de gestación</p> <p>Notificaciones efectuadas/ Casos VIH +, sífilis, gonorrea confirmados</p>	<p>IC GES F. CLINICA</p> <p>Boletín ENO F. CLINICA</p> <p>REM 11 REM A05</p>
--	---	--	--	--

				<p>REM 11</p> <p>F. Clínica</p> <p>Boletín ENO</p> <p>Auditorías</p>
<p>Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.</p>	<p>Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia</p>	<p>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</p> <p>Prevención aborto</p>	<p>(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)</p>	<p>REM A01</p>

## C.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Fomentar la planificación familiar en mujeres y hombres usuarios de APS, en edad fértil.	Educar sobre uso correcto de métodos anticonceptivos al 100% de los usuarios, que ingresen a planificación familiar.	<p>Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>Orientación, consejería y prescripción de MAC</p> <p>Ingreso y control de usuarios/as al programa de Regulación de Fecundidad</p>	<p>N° de Consejerías en SSR otorgadas/N° de consejerías solicitadas</p> <p>N° de usuarios ingresados al programa RF</p>	REM A19
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	<p>Rescate de púerperas adolescentes inasistentes a control de Regulación de la Fecundidad</p> <p>Control preconcepcional.</p>	<p>N° de púerperas adolescentes inasistentes que acuden a inicio de MAC</p> <p>N° de gestantes que ingresan a control con fracaso de MAC/N° de gestantes que ingresadas</p>	REM A5 CENSO P1
Facilitar el acceso de los adolescentes al uso de los métodos anticonceptivos.				Tarjetero MAC

<p>Disminuir la tasa de embarazo adolescente no deseado o por uso incorrecto de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Qué el 100% de las puérperas de parto y aborto reciban consejería en Regulación de Fecundidad y MAC</p> <p>Facilitar el acceso, mediante horario flexible, al 100% de los adolescentes que deseen iniciar un método anticonceptivo.</p>	<p>Educación sobre uso correcto de métodos anticonceptivos dirigidos a adolescentes en liceos y colegios de la comuna.</p>	<p>Nº de embarazos planificados</p>	<p>Ficha Clinica REM 01 CENSO P1</p> <p>REM 05</p>
--	--	--	-------------------------------------	--

## 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 68% 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
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	Eventos de difusión realizados N° de PAP efectuados Cobertura de PAP vigente N° de usuarias con PAP positivos derivadas (GES)/N° total de mujeres con PAP positivos (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 A19 CENSO P1 IC GES F.CLINICA REM P12 Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años



		<p>Solicitud de Mamografía en mujeres de riesgo y en mujeres de 50 años, según disponibilidad de Plan de Resolución de Especialidades.</p> <p>Derivación oportuna a nivel secundario de casos detectados.</p>	<p>Nº de mujeres con mamografías alteradas y derivadas (GES)/ Nº de mujeres con mamografía alterada</p>	<p>IC GES</p> <p>F. CLINICA</p>
--	--	---	---	---------------------------------

### 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	Nº de consultas en infertilidad / Nº 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	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico / Nº 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	Nº de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2015 (MENOS) Nº de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)/ Nº de mujeres	REM P1

			en control de salud integral en etapa de climaterio 2014	
--	--	--	--	--

PROGRAMACION CESFAM JUAN BRAVO VEGA:

### Programación Cualitativa 2016. Programa Salud de la Infancia.

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, 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.

<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 2% 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 4 años en los que participa el padre</p>	<p>25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre</p>	<p>(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100</p>	<p>REM A01, Sección B</p>	<p>El 25% de los controles realizados a menores de 4 años participa el padre.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>(Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente/ Nº total de facilitadores de la comuna) * 100</p>	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)</p>	<p>Compromiso 4 talleres educativos de habilidades parentales con metodología Nadie Es Perfecto anual.</p>

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>10% 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.</p>	<p>(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</p>	<p>Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo  REM P2 SECCION A</p>	<p>El 5% de los padres y/o cuidadores ingresan a talleres.</p>
<p>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.</p>	<p>Taller a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año acerca de prevención de IRA.</p>	<p>cobertura de talleres en 30% de prevención Ira a madres , padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año</p>	<p>(N° de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños menores</p>	<p>REM A27 Sección A REM P2 Sección A</p>	<p>mantendrá 30% cobertura</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 al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurossensorial</p>	<p>100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurossensorial aplicado</p>	<p>(N° de aplicaciones de protocolo neurossensorial realizadas a niños y niñas de 1 y 2 meses/ N° Total de niños y niñas de 1 y 2 meses bajo control)*100</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:</p>	<p>100 % de aplicaciones de protocolo neurossensorial a niños y niñas de 1 o 2 meses.</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 al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial</p>	<p>100% niños/as de 1 Y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado</p>	<p>(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</p>	<p>REM A03, Sujeto a cambios REM 2014</p>	<p>100 % de neurosensorial alterados derivados.</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>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% de niños y niñas de 3 meses con radiografía de cadera realizada.</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</p>	<p>REM A03, Sección A</p> <p>REM A01, Sección B</p>	<p>100% de aplicación de pauta de observación de calidad de apego en el control de salud a los 4 y 12 meses.</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 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% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 8 meses y pauta breve en el control de los 12 meses.</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 e rezago del desarrollo en</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% de aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 18 meses.</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</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>Disminución en un 60% del rezago.</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</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% de aplicaciones de pauta breve en control de los 24 meses.</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 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor</p>	<p>90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.</p>	<p>(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</p>	<p>Numerador: REM A-03, Sección A Denominador: REM P2, Sección A:</p>	<p>60% de aplicaciones de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de los 36 meses.</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 definido en cada red</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</p>	<p>Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso</p>	<p>100%</p>
<p>Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil</p>	<p>Control de salud niños y niñas de 24 a 71 meses</p>	<p>Aumentar la cobertura del control de salud de niños y niñas de 24 a 71 meses</p>	<p>(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</p>	<p>Numerador: REM P2 Sección F: Denominador: REM P2 "Sección A:</p>	<p>Aumentar la cobertura en un 5% de los controles de salud de 24 a 71 meses.</p>
<p>Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>(Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 4 años detectados</p>	<p>REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2</p>	<p>80% de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación con rezago.</p>

<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</p>	<p>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).</p>	<p>90% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.</p>	<p>(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</p>	<p>REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2</p>	<p>90 % de los niños y niñas son derivados a sala de estimulación con primera evaluación riesgo o retraso.</p>
<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>1,5 visitas domiciliarias por niño y niña diagnosticado con riesgo o retraso.</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>	
<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</p>	<p>Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación</p>	<p>Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en Sala de Estimulación se recuperan</p>	<p>(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</p>	<p>REM A05, Sección G</p>	
<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor</p>	<p>Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.</p>	<p>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.</p>	<p>(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</p>	<p>REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)</p>	<p>70% de los niños y niñas detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor recuperados.</p>

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	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)	70% de los niños y niñas detectados con retraso en su desarrollo psicomotor recuperados.
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	REM A 23 Sección M REM P3 Sección A	<b>90%</b>
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con diagnóstico de un Trastorno Hipercinético y de la Atención (THA)	Tratamiento Integral según Guía Clínica, de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético 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 Hipercinético y de la	Numerador: Registro local Denominador: Sección A	100%

**Programación 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 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 2: Alimentación Saludable en Embarazada Taller 4: Lactancia Materna	80% gestantes en control participando 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 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 exceso 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/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100(número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control	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
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables	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
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables	Consulta nutricional individual al 5° mes con refuerzo de LME, y educación en introducción de sólidos a partir del 6° mes.	Cobertura de consulta nutricional 80% de niños 5 meses de vida.	N° niños con consulta nutricional al 5° mes / N° total de niños en control entre 6 y 11 meses.	REM P 02, sección F/ sección A	El 80% de los lactantes de 5° mes
	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses con refuerzo en estilos de vida saludables y componente salud bucal	Cobertura de consulta nutricional 50% de niños bajo control entre 3 años seis meses y 3 años 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	El 50% de los niños (as) entre 3 años 6 meses y 3 años 11 meses.
Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de la enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables	Consulta nutricional individual a niños con malnutrición por exceso  Talleres de nutrición infantil dirigidos a padres o cuidadores de niños menores 6 años con malnutrición por exceso	Disminuir en 2% los niños con obesidad menores de 6 años	% de obesidad en menores de 6 años 2015 – menos % de obesidad 2016  N° de talleres de nutrición infantil realizados	REM P02, sección A  REM A27, sección A	Disminuir en 2% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años respecto al año anterior

<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 y la utilización de la sala de lactancia</p> <p>Participación en comité de lactancia Materna</p> <p>Formación de promotoras de lactancia Materna</p>	<p>Incremento de 2 puntos 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>Lista de asistencia a reuniones de comité de lactancia materna</p> <p>Lista de asistencia a clases de formación de promotoras en LM</p>	<p>REM A 03</p>	<p>Incremento de 2% de LME respecto al año anterior</p>
--	--	---	---	-----------------	---

**PROGRAMA O SERVICIO: SALUD DEL ADOLESCENTE – NUTRICIÓN**

**PREVENCIÓN**

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>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</p>	<p>Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 9 a 12 años.</p>	<p>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.</p>	<p>(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 N° total de adolescentes entre 9 a 12 años con primer control realizado por el</p>	<p>REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A</p>	<p>50% de adolescentes entre 10 a 19 años que cumplen criterios de ingreso al programa</p>

**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 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 2016 [MENOS](N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de	REM A05 / P06	Mantener número de consultas 2015 [MENOS](N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 / N° mujeres
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 2016 [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 2015/N° de	REM A05 / P06	Mantener número de consultas 2015
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 2016 (MENOS) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (2015)/ N° de gestantes ingresadas a tratamiento por	REM A05 / P06	Mantener número de consultas 2015

## 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 2016 (MENOS) N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015)/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos(2015)) * 100	REM A5 /P06	Mantener número de consultas 2015
	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 2016) (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 2015))*100	REM A05/P06	Mantener número de consultas 2015
	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 2015)/N° de niños/as (0 a 9 años) en tratamiento por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015)*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	REM A06	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	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 dirigido 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 dirigido 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 dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales	REM A06	Meta SSVQ De Acuerdo a lo comprometido en reunión SSVQ.
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 2016 (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas (2015) / N° adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato atendidas 2014)) *100	REM 05	Mantener número de consultas 2015

<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 2016 (MENOS) N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015) / N° mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas 2015)) x100</p> <p>N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas 2016 (MENOS) N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015) / N° mujeres de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas (2015)) x100</p>	<p>REM 05</p> <p>REM 05</p>	<p>Mantener número de consultas 2015</p> <p>Mantener número de consultas 2015</p>
<p>Detección temprana de jóvenes (10-19 años) con sospecha de trastornos mentales.</p>	<p>Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12).</p>	<p>Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.</p>	<p>N° Total de resultados alterados en la aplicación de tamizaje (GHQ12).</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
<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.</p>	<p>Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.</p>	<p>Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación a año anterior.</p>	<p>(N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2016 [MENOS] N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015 / N° de personas de 20 a 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia año 2015) x 100</p>	<p>REM A05</p>	<p>Ingreso del 100% de jóvenes entre 20 y 24 años con AUDIT mayor a 15 puntos.</p>

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)	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 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	SIGGES	
	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 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2016[MENOS] (N° de adolescentes entre 10 y 19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015)/(N° de adolescentes entre 10-19 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015) *100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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	Mantener línea base establecida año 2015
	jóvenes (20-24 años) en tratamiento por Depresión	Línea base de jóvenes (20-24 años) 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	5 casos por Consultoría Infanto Adolescente.
	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) 2016 / N° de adolescentes (10 a 19 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM A06	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) 2016 / N° de jóvenes (20 a 24 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016) x 100	REM A06	

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 de 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 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 2016 (MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género año 2015/N° total de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Género 2014) x 100	REM 05	Mantener número de consultas 2015
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 2016(MENOS) N° de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 /N° total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2015) 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 2016 (MENOS) N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015) / N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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 2015 (MENOS) (N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2015)/ (N° de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2015)*100	REM A05	Mantener número de consultas 2015
	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 2016 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015) / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (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	15 casos por CESFAM.
	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 trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicoactivas (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64	REM A06	12 sesiones por CESFAM
	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)			

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

### PREVENCION

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso 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 2016 (MENOS) N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015)/ N° de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2015) x 100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
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 2016 (MENOS) N° de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015/ N° mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015) x100	REM A05 /P06	Mantener número de consultas 2015
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 2016 (MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 / N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 )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 2016/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más) x 100	REM P6	Mantener línea base 2015
	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	100%
	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	Mantener línea base 2015
	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 A06 Supeditado a modificación REM / REM A05	Mantener línea base 2015
	Casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos mayores (65 años y más)	(N° de casos revisados en consultoría de salud mental de adultos mayores (65 años y más) 2016/N° de niñas/os de adultos mayores (65 años y más) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016)x 100		Mantener línea base 2015

**Programación ERA 2016:**

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>-Flujometría -Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en Sala ERA) x 100</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<p>Atención médica</p> <p>- Atención kinésica</p> <p>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</p> <p>-Aplicar índice de BODE</p> <p>-Realizar test de marcha.</p> <p>-Realizar Espirometría</p> <p>-Realizar Pimometría</p>	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	Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que	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	REM 23 Registro local	100 %

<p>crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, EPOC, LCFA)</p>	<p>de enfermedades respiratorias crónicas.</p>		<p>crónicas / N° total de pacientes que requieren atención en domicilio y que sean portadores de enfermedades respiratorias crónicas ) x 100</p>		
<p>Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica oportuna</li> <li>- Atención kinésica oportuna</li> <li>-Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud</li> <li>- Educación individual y a la familia.</li> </ul>	<p>Aumentar la cobertura de atención NAC mayor 65 años</p>	<p>(N° atenciones en Sala ERA a pacientes con diagnóstico de NAC mayor 65 años/ N° total pacientes diagnosticados NAC mayor 65 años )</p>	<p>REM 23 REM 19 Registro local</p>	<p>50 %</p>

<p>Cumplir Ley GES de Asma, EPOC y NAC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar atención espontanea al 100% de la demanda descompensada.</li> <li>- Asegurar la toma de Espirometría al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Garantizar el 100 % de confirmación diagnóstica.</li> <li>- Mantener el stock de fármacos.</li> <li>-Realizar un monitoreo continuo.</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</li> <li>- Educación individual y grupal antitabaco.</li> </ul>	<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>

### Programación ERA 2015:

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	<p>Controles kinésicos-enfermería-medico por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>-Flujometría -Educaciones</p> <p>Control de urgencia a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>Aumentar la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención en sala ERA</p> <p>Controlar a pacientes con patologías respiratorias crónicas bajo control en sala ERA y que presenten crisis.</p>	<p>(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</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/N° total de consultas de urgencia respiratoria en Sala ERA) x</p>	REM 23 Registro local	<p>40 %</p> <p>100 %</p>
Realizar rehabilitación pulmonar a pacientes con patología respiratoria crónica en sala ERA que cumplan criterios de inclusión.	<p>- Atención médica</p> <p>- Atención kinésica</p> <p>- Aplicar cuestionario de calidad de vida (Saint George)</p> <p>-Aplicar índice de BODE</p> <p>-Realizar test de marcha.</p> <p>-Realizar</p>	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	Visita domiciliaria de profesional médico, kinesiólogo y/o enfermera ERA a pacientes que requieren atención en domicilio y que	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	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención médica oportuna</li> <li>- Atención kinésica oportuna</li> <li>- Difusión de los protocolos de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de las NAC en el Centro de Salud</li> <li>- Educación individual y a la familia.</li> </ul>	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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Garantizar atención espontanea al 100% de la demanda descompensada.</li> <li>- Asegurar la toma de Espirometría al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Asegurar la toma de radiografía de tórax al 100% de las sospechas según corresponda.</li> <li>- Garantizar el 100 % de confirmación diagnóstica.</li> <li>- Mantener el stock de fármacos.</li> <li>-Realizar un monitoreo continuo.</li> </ul>	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejería Breve en control Sala ERA a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.</li> <li>- Educación individual y grupal antitabaco.</li> </ul>	<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>

## **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 GES, 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 2015 siguen siendo fundamentales para el año 2016:

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 por ciento de prevalencia de caries a los 2 años, llegando a un 99,2 por ciento en el adulto donde prácticamente no existen libres de caries. Lo mismo ocurre a nivel periodontal, a los 2 años el 32,6 por ciento presenta gingivitis y en el adulto el 94,2 por ciento 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 por ciento la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.

- Disminuir un 15 por ciento el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal y particular subvencionado de la comuna.

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 por ciento 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 Adosado de Especialidades (CAE), entre ellas las especialidades odontológicas tales como Periodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia y Rehabilitación Oral; 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 ó 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).

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 Olmué**

- 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 y Endodoncia.

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.

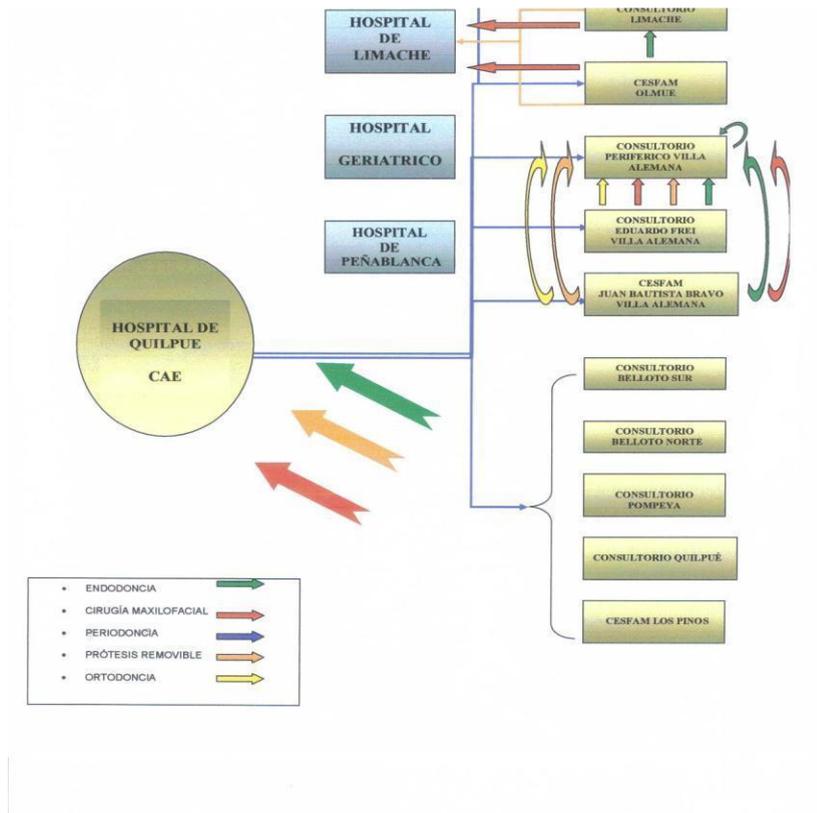
Los Programas Odontológicos actualmente se enfocan en brindar atención odontológica Integral, tanto de Promoción, Prevención y Actividades Curativas, fundamentalmente dirigidos a grupos etáreos priorizados por el Ministerio de Salud. La cobertura se determina en forma porcentual, y esta varía de acuerdo 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	
PENABLANCA	X			X	
VILLA ALEMANA	X		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 Odontológico GES:**

- Atención Dental en niños (salud oral 6 años).
- Atención Dental en embarazadas.
- Atención de Urgencia.
- Atención odontológica adultos de 60 años

### **Programa Odontológico Integral:**

- Resolución de especialidades odontológicas en APS (Endodoncias y Prótesis en APS)
- Más Sonrisas para Chile (Altas integrales y Auditorias clínicas)
- Programa para Hombres de Escasos Recursos (Altas integrales)

### **Programa Mejoramiento del acceso a la atención odontológica:**

- Consultas de morbilidad mayores de 20 años en extensión horaria
- Altas integrales de 4tos medios

### **Programa Sembrando Sonrisas:**

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

### **IAAPS (Índice De Actividades En APS):**

- Altas Integrales en Menores de 20 años.

### **Metas Sanitarias:**

- Alta integral de paciente de 12 años.

### **Programa Odontológico JUNAEB:**

- Educación y Atención odontológica integral de escolares de Pre-kínder a 8º básico de colegios adscritos al módulo dental JUNAEB.

### **Prestaciones de especialidad CESFAM Villa Alemana:**

- Ortodoncia
- Cirugía bucal

### **Radiología (periapicales, bite-wing, oclusales)**

## 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	(N° de niños de 2 años con alta Odontológica total / Total de niños de 2 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
		(N° de niños de 4 años con alta Odontológica total / Total de niños de 4 años inscritos o beneficiarios) x100		Coordinación interna del equipo de salud.  Tratamiento  Visita a los Jardines infantiles JUNJI e INTEGRADA 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.	REM 02	Visita a Escuelas de Lenguaje para educación y entrega de set de higiene oral a niños de 2 a 5 años de edad.
		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		Atención a niños de pre-kinder y kínder de las escuelas adscritas al módulo 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	REM 09	Atención Odontológica Integral a todo niño de 6 años que consulte espontáneamente en

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> <p>Atención odontológica integral</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"> <li>- Capacitación Equipo Maternal en Salud Bucal</li> <li>-Capacitación equipo odontológico en la “Técnica de Tratamiento de Desinfección Total” para las Embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro</li> <li>-Reuniones bimensuales entre el equipo de salud bucal y el equipo de salud maternal</li> <li>Atención inmediata a toda embarazada que solicite atención dental y esté en</li> </ul>

### 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 percápita	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.	50 por ciento 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
			50 por ciento 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 85 por ciento 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 80 por ciento de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años,	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x100)
			100 por ciento 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 por ciento 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 por ciento 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	269 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 de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 100 por ciento 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

**PROGRAMACION CUALITATIVA 2016**

**PROGRAMA DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR**

**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 de pauta de protocolo.	Incrementar 1% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2015.	(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 1% cobertura de los EMP Realización de operativos
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	Detección de personas hipertensas a través del EMP o 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 1% 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 o 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 1% cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2
Disminuir la incidencia de	Control de	El 60% de	(N° de personas	REM P04;	Compromiso

<p>amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.</p>	<p>Salud: Estimación del riesgo de ulceración en personas con DM de acuerdo a orientaciones Técnica 2013</p>	<p>las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una estimación del riesgo de ulceración en personas con DM según lo solicitado por el SSVQ .</p> <p>100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.</p>	<p>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 con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</p>	<p>Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>60% personas con diabetes tipo 2 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 (Clearance &lt; 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 80% 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 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 .
Establecer línea base de riesgo cardiovascular 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 <b>“no diabéticos”</b> de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos bajo control de riesgo CV alto con PA < 140/90	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>y colesterol LDL&lt;100mg/dl.</p> <p>Definir línea base en 20 a 64 años bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en 20 A 64 años bajo control “<b>diabéticos</b>” de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>mmHg y Col. LDL &lt; 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto al corte)*100</p> <p>(Nº 20 a 64 años <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p> <p>(Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 130/80 mmHg y Col LDL &lt; 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 20 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV 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>Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)</p>	<p>(Proporción 2015)/ (Proporción 2016)</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 (Nº de personas con</p>	<p>Compromiso evaluar un 30% la calidad de la atención de los bajo control con DM2 entre 15 y 64 años (Qualidiab)</p>

				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.	
--	--	--	--	--	--

## **ADULTO MAYOR**

### **Área Estratégica: Promoción**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 1% el EMP del	(N° de adultos de 65 y más años con examen de medicina	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65	Compromiso incrementar 3% cobertura de los EMP

detectados en el EMPAM.		AM respecto al año anterior	preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	y mas años validada por Fonasa	
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 10% 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%)	Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 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 DM2 bajo control	(N° de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ N° total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Incrementar a lo menos un 1% respecto al año anterior

<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 &lt; 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 80% 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 con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100</p>	<p>REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile.</p> <p>REM P04, SECCION C Registro local Registro local</p>	<p>Compromiso 60% personas con diabetes tipo 2 con evaluación de pie,</p>

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 en AM.	Control de salud: Evaluar riesgo coronario.	Definir línea base en personas AM bajo control “no diabéticos” de riesgo CV alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(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	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A	Compromiso Evaluar riesgo coronario al 100% de los bajo control.

		<p>Definir línea base en Adulto mayor bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg</p> <p>Definir línea base en AM bajo control <b>“diabéticos”</b> de riesgo CV alto Y con HbA1c&lt;7%, y PA &lt;130/80mm Hg y Col LDL&lt;100mg/dl</p>	<p>en el último control) / (N° total de AM bajo control de riesgo CV alto al corte)*100</p> <p>(N° de Adultos mayores <b>diabéticos</b> bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA 1c &lt; 7% y PA &lt; 130/80 mmHg, en el último control) / (N° total de personas diabéticas AM en PSCV de riesgo CV alto al corte) * 100</p> <p>(N° AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 130/80 mmHg y Col LDL &lt; 100 mg/dl, en el último control) / (N° total AM diabéticos</p>		
--	--	---	---	--	--

			bajo control en PSCV con riesgo CV alto al corte) * 100.		
<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)/ (Proporción 2016)</p>	<p>QUALIDIAB- Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención</p> <p>REM P4</p> <p>Proporción pacientes diabéticos evaluados</p> <p>(N° de personas con diabetes de 65 años y más 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.</p>	<p>Compromiso incrementar en un 30% la evaluación de la calidad de la atención (Qualidiab) de los bajo control con DM2 de 65 y mas años.</p>

**PROGRAMACIÓN 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	N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ N° 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.	90% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03  SECCION B2-B3-B4	Aplicación de Escala de Evaluación Psicosocial Abreviada y Escala de Edimburgo
Aumentar la detección del consumo de drogas en	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las	100% de gestantes en control prenatal con EPSA	N° de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /N° total de	REM A03  SECCION B2-B3- B4	Aplicación de Evaluación Psicosocial Abreviada

gestantes	gestantes en control prenatal	aplicado	gestante en control prenatal x 100		<b>(EPSA)</b> <b>Factores psicosociales de Riesgo.</b>
-----------	-------------------------------	----------	------------------------------------	--	---

**ÁREA ESTRATÉGICA: TRATAMIENTO**

<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente del Indicador</b>	<b>Compromiso por Establecimiento</b>
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 A- D 26	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**COMUNA DE VILLA ALEMANA**

**PROGRAMA O SERVICIO: SALUD INFANTIL – SERVICIO SOCIAL**

ÁREA ESTRATÉGICA: PROMOCIÓN O 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 A19 A; A-3 Sección B.1:	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta medio de COMSE, y Actividades de PROMOS.</b>
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	Aumentar en un 10% línea de base 2015.	Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educativos, salud y comunidad.	REM A19a Sección B1	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE y Actividades de PROMOS</b>

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	30% 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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.</b>

PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016

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	100 % de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación	(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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE y Actividades de PROMOS</b>

	comunitarios y /o establecimientos de salud.	saludable y antitabaquismo , en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.			
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 de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida.	(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 estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100	REM A19a Sección B1	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de COMSE, Dupla Psicosocial y Actividades de PROMOS.</b>

ÁREA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Compromiso por Establecimiento
<p>Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.</p>	<p>Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.</p>	<p>100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.</p>	<p>(N° de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /N° total de adolescentes con situación de violencia)</p>	<p>REM A06 Sección A-1</p>	<p><b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Demanda Espontanea y/o Derivación.</b></p>
<p>Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.</p>	<p>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.</p>	<p>50% Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.</p>	<p>(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)</p>	<p>REM A26</p>	<p><b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta.</b></p>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta por medio de Consejo Local, COMSE, Taller de Autocuidado y Actividades de PROMOS</b>

**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 complementar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicossocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	20% 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	<b>Apoyo y colaboración al cumplimiento de la meta en aquellos casos con riesgo social.</b>

**PROGRAMACIÓN CUALITATIVA AÑO 2016**

**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	<b>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</b>

**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 con riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo	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 Espontanea 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 psicossocial.	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 psicossocial.	100% de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicossocial con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicossocial / N° total de persona de 65 años y más con riesgo psicossocial 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	RE M 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.	5% 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.

## **PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2016**

### **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
1.- 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	1. Consejería preconcepcional a todas las mujeres y/o parejas que lo soliciten.		
			Nº de consejerías realizadas/ Nº total de personas atendidas que desean embarazo) x 100	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	
			(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal <i>Preparación para el parto y crianza</i> / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)	
	El 50% de gestantes en control participa en talleres	Talleres de 4 sesiones para gestantes.		P01

<p>2. Aumentar a lo menos en un 10% las gestantes que ingresan a talleres de preparación para el parto y crianza con respecto al año 2015.</p>				
			<p>(N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados</p>	<p>REM A27 REM P05</p>
	<p>Aumentar el porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro respecto al año anterior</p>			
<p>Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo</p>		<p>Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro.</p>		
	<p>Al 100% de las gestantes en control, se les evalúa, pesquisa y deriva al nivel secundario si existen factores de riesgo de parto prematuro</p>			

			(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro)	REM A01
	100% de las embarazadas con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario , para ser evaluadas por especialista , según guía perinatal			
	Al 100% de las gestantes, se les realiza examen VDRL antes de las 14 semanas de gestación , según normativa			
Prevenir el 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		

			(N° de gestantes con riesgo biomédico *derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico	
	El 70% de las puérperas y recién nacidos son atendidos dentro de los 10 días de vida			
			N° total de VDRL de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación )	
	100% de gestantes con aplicación de Escala Edimburgo			
			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 ds	

		Derivar a ARO del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según guía perinatal vigente		
Detectar embarazadas con riesgo biomédico				REM A05
	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado		Nº de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control/Nº total de gestantes ingresadas)	Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
	90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.			
		Realización tamizaje de sífilis según normas vigentes.	Nº de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /Nº total de gestantes en control prenatal	
		Detección, tratamiento y seguimiento según normativa al 100% de las gestantes con serología reactiva.	(Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / Nº de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA)	REM A05

				Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.				
	100% de derivación a consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso y deficit.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.		
			Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / Nº total de gestantes con malnutrición por Exceso y deficit)	REM A11
		Aplicar evaluación Psicosocial abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal		REM A05
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al RN antes de los 11 días de vida.				
		Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal		REM A01
Detección de Depresión en el embarazo				REM A05

		Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera		
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (EPSA)				REM A03
		Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y deficit		
				REM A05
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.				REM A03 REMA05
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso y deficit.				REM P1
				REM P01

## B.- VIH- ITS

OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.</p> <p>Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS</p>	<p>Brindar atención integral y de calidad al 100% de las personas que consulten por sospecha de ITS o VIH- SIDA.</p> <p>Aumentar en un 10% consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS</p> <p>Realizar consejería pre y post test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa.</p>	<p>Realizar consejería pre test al 100% de las personas que soliciten el test de Elisa.</p> <p>Realizar consejería VIH pre test al 100% de las gestantes que ingresen a control prenatal.</p> <p>Consejería en salud sexual reproductiva en adolescentes.</p> <p>Realizar consejería VIH post test al 100% de los usuarios que reciban resultado del test de VIH.</p>	<p>Nº de personas con consejería pre y post test/ Nº total de personas que solicitan test de Elisa</p> <p>Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2015 (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014)/ Nº de consejerías en salud sexual reproductiva realizadas el año 2014</p> <p>Nº de gestantes que reciben consejería/ Nº de gestantes ingresadas al control de gestación</p>	REM A19

<p>Detectar, tratar y/o derivar oportunamente, en casos de serologías positivas</p>	<p>Realizar diagnóstico, tratamiento y/o derivación oportuna al 100% de los usuarios que consulten por ITS.</p>	<p>Realizar Consejería en prevención de ITS/VIH-SIDA al 100% de los adolescentes que estén en control de regulación de la fecundidad y/o que lo soliciten.</p>	<p>Nº de adolescentes con consejería/ Nº total de adolescentes que ingresan a Reg. Fecundidad</p> <p>Nº de charlas educativas de prevención de ITS en colegios efectuadas</p>	<p>REM A19a: Sección A1</p>
<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>Aumento de cobertura preventiva</p>	<p>Realizar derivación oportuna y según norma al 100% de los usuarios con VIH (+) confirmado por ISP.</p>	<p>Realizar Consejería VIH- ITS al 100% de las personas que ingresen a control por ITS o VIH/SIDA.</p> <p>Educar y reforzar las medidas preventivas de ITS- VIH/SIDA en colegios de la comuna.</p> <p>Realizar control de morbilidad a todos los usuarios que consulten por sospecha de ITS.</p>	<p>Nº de casos nuevos con VIH + derivadas a nivel secundario/ Nº total de casos nuevos VIH+</p>	<p>REM A19 REM A5</p>
<p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p> <p>Aumento de cobertura preventiva</p>	<p>Realizar derivación oportuna y según norma al 100% de los usuarios con VIH (+) confirmado por ISP.</p>	<p>Coordinar con nivel secundario, el ingreso de los casos de VIH (+), según norma.</p> <p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p>	<p>Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de</p>	<p>REM A19</p>

	<p>14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis</p> <p>Realizar diagnóstico, tratamiento, derivación oportuna y seguimiento al 100% de las gestantes, puérperas y recién nacidos con VDRL reactivo.</p> <p>Realizar diagnóstico, consejería y derivación oportuna del 100% los casos de VIH(+) confirmados por el ISP, en gestantes y puérperas en control.</p>	<p>Realizar notificación en boletín ENO de todos los casos de VIH(+), sífilis y gonorrea confirmados.</p> <p>Manejo, según norma de todos los casos de sífilis y VIH (+) de embarazadas, puérperas y recién nacidos en control.</p>	<p>gestación</p> <p>Notificaciones efectuadas/ Casos VIH +, sífilis, gonorrea confirmados</p>	<p>IC GES F. CLINICA</p> <p>Boletín ENO F. CLINICA</p> <p>REM 11 REM A05</p>
--	--	---	---	--

				<p>REM 11</p> <p>F. Clínica</p> <p>Boletín ENO</p> <p>Auditorias</p>
<p>Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.</p>	<p>Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia</p>	<p>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</p> <p>Prevención aborto</p>	<p>(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)</p>	<p>REM A01</p>

## C.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
Fomentar la planificación familiar en mujeres y hombres usuarios de APS, en edad fértil.	Educar sobre uso correcto de métodos anticonceptivos al 100% de los usuarios, que ingresen a planificación familiar.	Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva  Orientación, consejería y prescripción de MAC	Nº de Consejerías en SSR otorgadas/Nº de consejerías solicitadas  Nº de usuarios ingresados al programa RF	REM A19
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	Ingreso y control de usuarios/as al programa 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	REM A5 CENSO P1
Facilitar el acceso de los adolescentes al uso de los métodos anticonceptivos.		Control preconcepcional.	Nº de gestantes que ingresan a control con fracaso de MAC/Nº de gestantes que ingresadas	Tarjetero MAC

<p>Disminuir la tasa de embarazo adolescente no deseado o por uso incorrecto de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Qué el 100% de las puérperas de parto y aborto reciban consejería en Regulación de Fecundidad y MAC</p> <p>Facilitar el acceso, mediante horario flexible, al 100% de los adolescentes que deseen iniciar un método anticonceptivo.</p>	<p>Educación sobre uso correcto de métodos anticonceptivos dirigidos a adolescentes en liceos y colegios de la comuna.</p>	<p>Nº de embarazos planificados</p>	<p>Ficha Clínica REM 01 CENSO P1</p> <p>REM 05</p>
--	--	--	-------------------------------------	--

#### D.- CANCER CERVICOUTERINO Y DE MAMAS

OBJETIVOS	META	ACTIVIDADES	INDICADORES	FUENTE DEL INDICADOR
<p>Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.</p>	<p>Alcanzar un 68% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años</p>	<p>PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.</p>	<p>(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100</p>	<p>Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos. REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 año</p>

<p>Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.)</p>	<p>Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años.</p> <p>EFM al 100% de mujeres en control ginecológico</p>	<p>Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE</p>	<p>Eventos de difusión realizados</p> <p>Nº de PAP efectuados</p> <p>Cobertura de PAP vigente</p> <p>Nº de usuarias con PAP positivos derivadas (GES)/Nº total de mujeres con PAP positivos</p> <p>(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 mamografía vigente año 2014)*100</p> <p>Nº de mujeres con EFM</p> <p>Nº de mujeres con Mamografía efectuada</p>	<p>REM A19</p> <p>CENSO P1</p> <p>IC GES F.CLINICA</p> <p>REM P12 Sección C</p> <p>Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años</p> <p>F.CLINICA. HOJA DIARIA ACT.</p>
--	---	--	--	---

<p>Aumentar la solicitud de mamografías en los grupos de mayor riesgo.</p>	<p>Solicitar mamografía al 100% de mujeres con sospecha de nódulo maligno (solo si existe disponibilidad)</p>	<p>Educación de pesquisa precoz a través de EFM en horario habitual y ampliado.</p> <p>Solicitud de Mamografía en mujeres de riesgo y en mujeres de 50 años, según disponibilidad de Plan de Resolución de Especialidades.</p> <p>Derivación oportuna a nivel secundario de casos detectados.</p>	<p>N° de mujeres con mamografías alteradas y derivadas (GES)/ N° de mujeres con mamografía alterada</p>	<p>IC GES</p> <p>F. CLINICA</p>
--	---	---	---	---------------------------------

## 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

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 Grls.	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