



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

DECRETO DE ALCALDIA N° 6.872 / 2015.-

ZAPALLAR, 30 de Noviembre de 2015.

VISTOS:

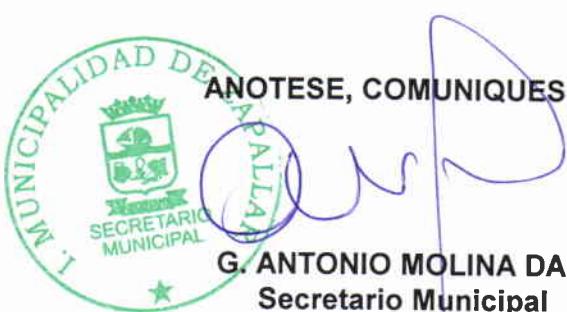
LOS ANTECEDENTES: Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 "Orgánica Constitucional de Municipalidades"; Sentencia de Proclamación Rol N° 320/2012 del Tribunal Electoral de la Región de Valparaíso, de fecha 30 de Noviembre de 2012, que me nombra Alcalde de la Comuna; D.S. N° 1-3063 de 1980, que aprueba traspaso de Servicios Públicos a la Municipalidad de Zapallar, las Postas Rurales de Zapallar y Catapilco; la Resolución N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; y Decreto de Alcaldía N° 6.284/2015 de fecha 02 de Noviembre de 2015 que nombra Alcalde Subrogante a don Hernán Ortiz Galvez, Administrador Municipal.

CONSIDERANDO:

- Certificado de Acuerdo N° 387/2015 emitido por el Secretario Municipal, en el que consta aprobación por parte de los señores Concejales de Plan de Salud para el año 2016.

DECRETO:

APRUEBASE PLAN SALUD para el año 2016, según texto que se adjunta.



ANOTESE, COMUNIQUESE Y REGISTRESE.,

G. ANTONIO MOLINA DAINE
Secretario Municipal

C: Salud / DA. 6872.2015

DISTRIBUCION:

1. Contraloría Regional de Valparaíso.
2. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
3. Departamento de Recursos Humanos
4. Depto. de Salud.
5. ARCHIVO: Secretaría Municipal.

CTL / SEO / pfc.



HERNAN ORTIZ GALVEZ
Alcalde (S)



República de Chile
I. Municipalidad de Zapallar
Secretaría Municipal

CERTIFICADO ACUERDO N° 387 / 2015

**Sesión Ordinaria N° 32 / 2015
Concejo Municipal de Zapallar**



G. ANTONIO MOLINA DAINÉ, Secretario Municipal de la Ilustre Municipalidad de Zapallar, que suscribe, certifica que:

En Sesión Ordinaria N° 32/2015, de fecha 30 de Noviembre de 2015, bajo Acuerdo N° 387 el Honorable Concejo Municipal acuerda lo siguiente:

Aprobar el Plan de Salud año 2016.

En Zapallar, a treinta días del mes de Noviembre de dos mil quince.

SEC /pfc



PLAN DE SALUD 2016

I. MUNICIPALIDAD
DE ZAPALLAR

DEPARTAMENTO
DE SALUD

Claudia Besdain Cortez
Angela Trevia Rivadeneyra
Kittia Escobar Orellana

INDICE

Introducción	Pág. 2
I.- Antecedentes de la Municipalidad	Pág. 3
II.- Diagnóstico de Salud	Pág. 7
Características demográficas, sociales y culturales regional y comunal	Pág. 8
Descripción de la Situación de Salud	Pág. 13
Actividades y Logros en salud por ciclo vital	Pág. 21
Canasta de prestaciones	Pág. 42
Participación y evaluación de la atención en salud	Pág. 61
III.- Diagnóstico de salud participativo	Pág. 68
IV.- Financiamiento	Pág. 73
V.- Recurso Humano	Pág. 78
VI.- Plan de capacitación	Pág. 80
VII.- Plan de Acción	Pág. 83

INTRODUCCIÓN

El proceso de planificación, es una herramienta metodológica anual y consciente de que trabajamos con y para personas en cuya dinámica la calidad de los servicios y cuidados que brindemos será percibida solo en la medida en que logremos reducir el abismo que media entre los actores internos, funcionarios de la salud, y los actores principales, usuarios que utilizan nuestros servicios, entendiendo como fundamental insertarnos en un cambio de paradigma, que valora a la persona como un ser pensante, capaz de aportar ideas y tomar decisiones, que permiten retroalimentar nuestro conocimiento y quehacer en salud y por otra parte reconocen el conocimiento en salud y la capacidad de autocuidado de los usuarios.

Nuestros servicios en salud son ofrecidos por personal con formación Biopsicosocial, cuya preocupación es entregar una atención más humanizada y participativa en la cual la familia se convierte en la unidad básica de salud, junto al individuo como responsable en autocuidado y a los grupos sociales organizados como actores validos en la toma de decisiones en salud, todo para materializar la aspiración de obtener un mejor resultado en salud. Para ello, nuestros esfuerzos serán exigidos al máximo con el fin de contribuir a elevar el nivel de salud y el estado de bienestar de la población de nuestra comuna, empleando los integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y en el que nuestros servicios y prestaciones, se organizan en función de sus necesidades a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad, resolutiva e integrada a toda la red asistencial, la que además debiese ser aceptada social y culturalmente por la población, ya que considera las preferencias de las personas y la participación social en todo su quehacer.

A continuación damos cumplimiento al artículo N° 12 del Reglamento General de la Ley N° 19.378 “Estatuto Atención Primaria” y que establece que cada comuna deberá elaborar su Plan de Salud; plan que define y señala el marco político y técnico que regirá la Salud Comunal municipalizada durante un período correspondiente al año 2016.

El Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Zapallar presenta en éste documento las características sociodemográficas de la población, principales motivos de consulta en salud, participación en programas de salud ministeriales, presupuesto, dotación funcional y plan de capacitación correspondiente a éste periodo para los centros de salud familiar siguiendo el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.

I.- ANTECEDENTES MUNICIPALIDAD DE ZAPALLAR

AUTORIDADES

Alcalde del período I. Municipalidad de Zapallar,

SR. NICOLAS COX URREJOLA

Integrantes Concejo Municipal

- Liliana Figueroa Arancibia
- Fidel Rojas Guerra
- Sergio Correa Undurraga
- Federico Ringeling Hunger
- Gonzalo Fernández Osorio
- Carola Letelier Riumallo

Director Departamento de Salud Municipal,

Claudia Besoain Cortez, Enfermera

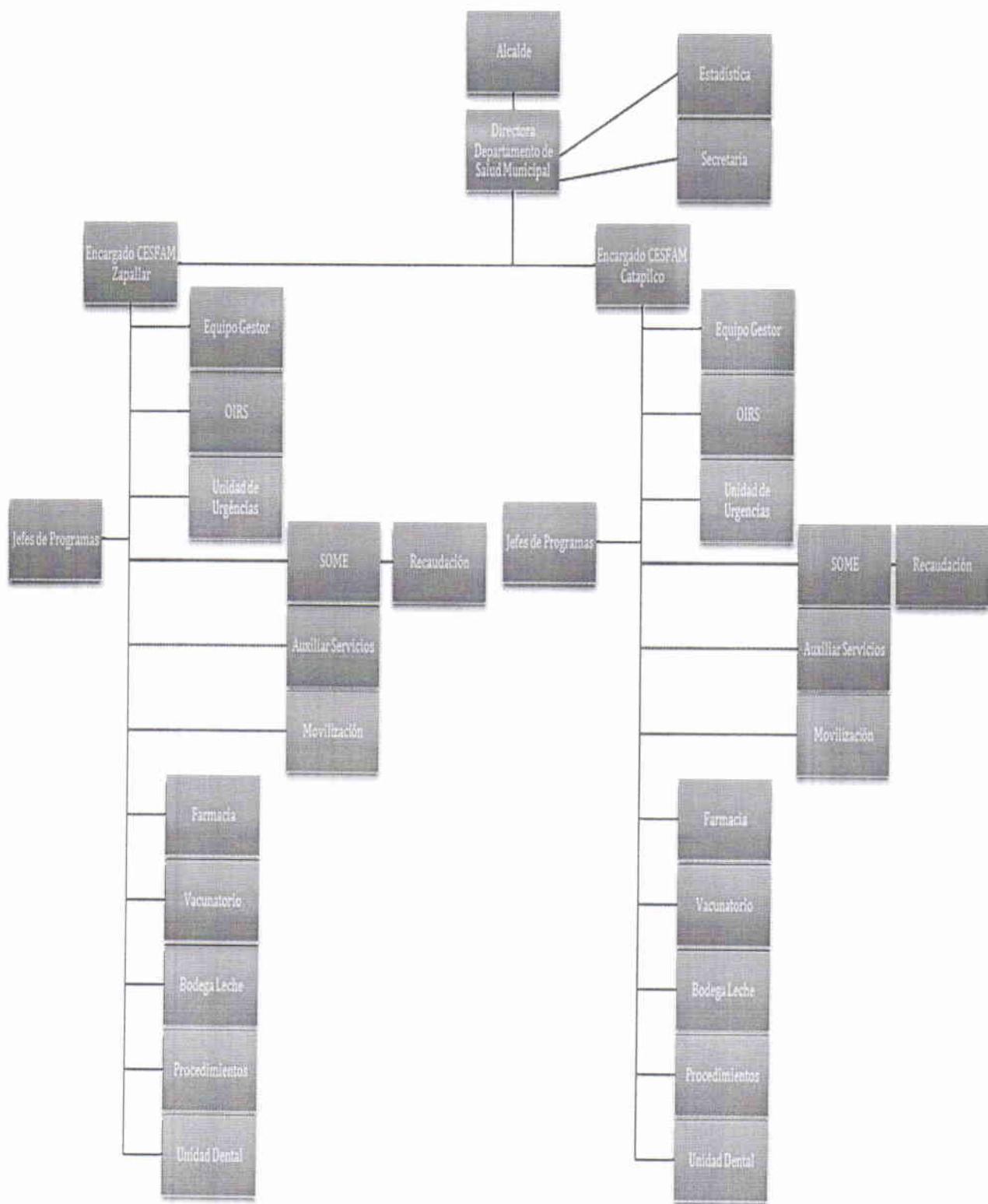
Jefe CESFAM Zapallar,

Alejandro Recabal Valdebenito, médico

Jefe CESFAM Catapilco,

Triana Veas Rojas, Enfermera

Organigrama Departamento de Salud



Su visión y misión son las siguientes:

VISIÓN

"Tener una comunidad con Niveles óptimos de Salud"

MISIÓN

"Mejorar calidad de salud de los usuarios (as) de los establecimientos de salud de la comunas de Zapallar; a través de las acciones de fomento, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, otorgado por el equipo de salud basado en el modelo de salud familiar".

Todo ello inserto en las normas técnicas y programáticas emanadas del ministerio de acuerdo a la realidad local.

II.- DIAGNOSTICO DE SALUD

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS, SOCIALES Y CULTURALES REGIONAL Y COMUNAL

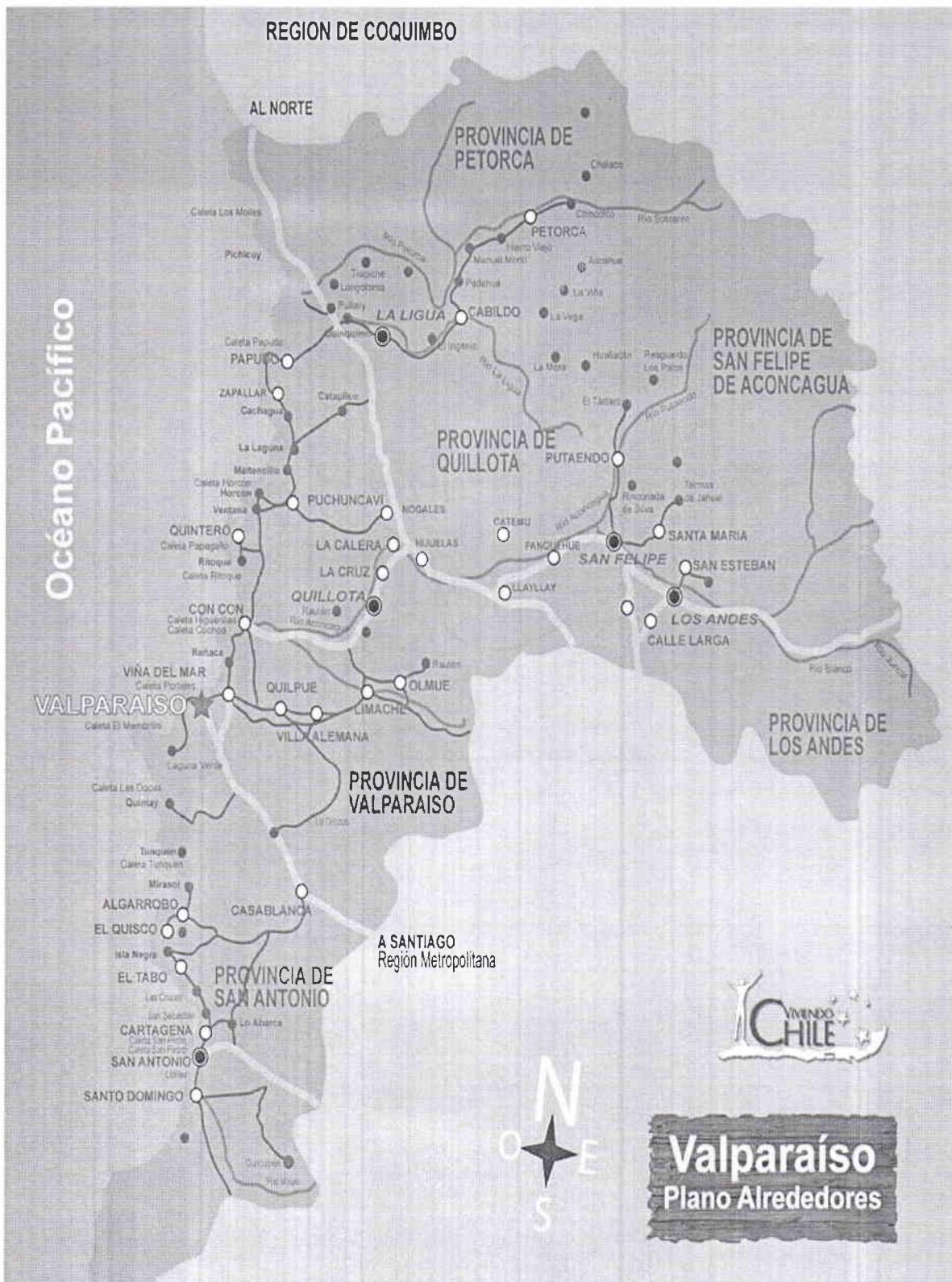
Características de la Región

La Región de Valparaíso tiene una superficie de 16.396,1 km², lo que constituye el 2,2% de la superficie total del país. Limita al norte con la Región de Coquimbo; al sureste con la Región Metropolitana de Santiago; al sur con la Región del Libertador Bernardo O'Higgins; al este con la República Argentina y al oeste con el océano Pacífico. La Región de Valparaíso está dividida administrativamente en ocho provincias: San Antonio, Valparaíso, Marga Marga, Quillota, Petorca, San Felipe de Aconcagua, Los Andes e Isla de Pascua. Posee un total de 38 comunas, dos de ellas insulares: Isla de Pascua y Juan Fernández.

Su geografía es variada. En el norte del territorio se encuentran los últimos valles transversales del país, y su planicie costera es angosta en toda la zona, a excepción de Valparaíso y Viña del Mar. La cordillera de la Costa presenta su mayor altitud en los cerros El Roble y La Campana (2.000 msnm), mientras que en la cordillera de los Andes los cerros más altos son el Juncal (6.110 msnm) y el Alto Los Leones (5.400 msnm). El archipiélago de Juan Fernández se ubica a 670 km de distancia del continente, está compuesto por dos islas: Robinson Crusoe y Alejandro Selkirk, el islote Santa Clara e islotes menores, todos los cuales presentan formas acantiladas. En tanto, Isla de Pascua se ubica a 3.526 km de distancia del continente, y cuenta con la presencia de tres volcanes.

Posee un población total proyectada al 2016 de 1.867.526 habitantes (INE 2008-2010), correspondiendo al 49,1% al sexo masculino y al 50,8% al sexo femenino. Del total de la población un 91,6% viven en áreas urbanas, y un 8,4% en área rural. La densidad media poblacional es de 94,1 hab/km².

Océano Pacífico



Valparaíso
Plano Alrededores

Características de la comuna de Zapallar

Descripción física y territorial de la comuna de Zapallar

La comuna de Zapallar es una de las 37 comunas de la Región de Valparaíso y forma parte de la Provincia de Petorca. Se localiza en el norte de la Región a 180 Km. al norte de Santiago y 80 Km. al norte de Valparaíso; abarcando en su totalidad una superficie de 288 Km², limita al norte y oriente con las comunas de Papudo y La Ligua, al sur y oriente con las comunas de Puchuncaví y Nogales, y al Poniente con el mar de Chile (Océano Pacífico).

La geomorfología comunal se caracteriza por un frente litoral costero de aproximadamente 22 Km. de largo y en promedio 2 Km. de ancho, conformado por playas y áreas rocosas relacionadas y asiento de las localidades pobladas de Zapallar, Cachagua y La Laguna. El resto del territorio comunal está conformado por la meseta alta costera o valle intermedio precordillerano, correspondiente al sector oriente de la comuna con características netamente rurales donde predominan los suelos y subsuelos aptos para la agricultura y forestación, dependiendo del nivel pluviométrico correspondiente, observándose grados de sequía intermitentes, donde los dos embalses presentes en el valle no pueden resolver en un 100% la demanda para el riego normal de los fundos y parcelas existentes en el lugar. La población comunal se distribuye mayoritariamente en las localidades pobladas de Zapallar, Cachagua, La Laguna, Tierras Blancas, Catapilco y Blanquillo, con características de pueblo, aldea, villorrios y caserío.

Los recursos hidrobiológicos permiten que Zapallar se inserte dentro del sector pesquero artesanal denominado II Macrozona Pesquera del país, junto a otras quince comunas. Los suelos de la comuna no permiten una explotación sustentable, debido a la mala calidad de los mismos. Solamente un 5,8% de éstos son cultivables.

Los riesgos naturales más evidentes corresponden a posibles deslizamientos de tierra, erosión e inundaciones, especialmente en el sector de Laguna de Zapallar. Los riesgos antrópicos se encuentran asociados a incendios, botaderos de basura y posibilidad de accidentes en las inmediaciones de la vía férrea o de los caminos.

En cuanto a la infraestructura básica, podemos decir que a comuna se encuentra prácticamente saneada, existiendo ciertas deficiencias en la relación a calidad y cantidad de la iluminaria de las calles y la cobertura de servicios en algunos remanentes de la localidad.

En vialidad contamos con la ruta F-30-E que une el territorio de norte a sur, la ruta 5 que relaciona a las localidades como Catapilco y el Blanquillo, y la ruta E-46 que conecta transversalmente hacia Catapilco y la ruta 5.

Referente a la locomoción, la comuna cuenta con servicios interurbanos e interprovinciales de buses y taxibuses, los cuales varían su recorrido según la época de año, producto de la actividad turística de la zona en verano.

Sin embargo aún se mantienen algunas dificultades de acceso en Laguna y Catapilco.

En la comuna no existen museos, bibliotecas públicas o centros culturales y de convenciones de índole privado o públicas. No se cuenta con canales de televisión propios, radio o prensa escrita. Sólo en la temporada estival surgen en las actividades culturales y deportivas para la población residente y temporal de la comuna.

Las principales actividades económicas corresponden al comercio y entrega de servicios estacionarios, asociadas a la característica de balneario. Las ofertas de trabajo son limitadas. Según antecedentes de la encuesta Casen 2012 La pobreza a nivel comunal, medida específicamente bajo la condición de vulnerabilidad de las personas, presenta índices menores a los registrados a nivel regional. La misma fuente señala, que la comuna presenta niveles de ingresos promedio menores al registrado a nivel regional y una tasa de ocupación mayor, fundamentalmente por la característica del mercado de trabajo local siendo la construcción, el servicio doméstico y la agricultura, las principales fuentes de empleo de los habitantes de la comuna. Si bien la comuna presenta bajos niveles de hacinamiento, existe allegamiento de tipo interno, en donde en un mismo hogar residen uno o más núcleos.

Respecto a la educación, la comuna presenta bajos índices de alfabetismo y escolaridad en comparación a la provincia, situación que es percibida por la población al señalar la necesidad de contar con educación de nivel medio y programas de nivelación de educación para adultos. Sin embargo, las mediciones SIMCE sitúan a los establecimientos de la comuna con mejores resultados que el promedio nacional en la mayoría de las mediciones.

La oferta educacional de la comuna está compuesta por 10 establecimientos; de ellos 5 son jardines infantiles dependientes de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, 4 son establecimientos educacionales bajo administración municipal y 1 es un establecimiento particular subvencionado. De los 4 establecimientos municipales, 3 otorgan enseñanza básica y 1 enseñanza media científica humanista. El establecimiento particular, ofrece enseñanza básica y media científica humanista.

En cuanto a la oferta de salud pública comunal, esta es administrada por la Dirección de Salud de la Municipalidad de Zapallar, quien tiene bajo su dependencia y administración dos Centros de Salud Familiar (CESFAM), uno en Zapallar y otro en Catapilco, más 5 estaciones médicas rurales. La dependencia técnica de este centro de salud corresponde al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD

Los principales indicadores demográficos a nivel Regional y Comunal son:

Tabla n°1

INDICADORES	REGIONAL	NACIONAL
Tasa de Natalidad	13,32	13,8
Tasa de Mortalidad	6,59	5,66
Índice de Masculinidad	97,03	98,02
Tasa de Fecundidad	1,73	1,79

La comuna rural de Zapallar según censo 2002, contaba con una población de 5.659 personas. Esta población ha sido proyectada con un crecimiento cercano al 2% a través de los años, llegando a estimarse para el año 2016 un total de 7.894 habitantes.

La población se concentra en cuatro centros poblados: Zapallar/Cachagua, Catapilco y Laguna de Zapallar. Según censo 2002 INE, la distribución población se distribuye de la siguiente manera:

Tabla n°2

LUGAR	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	VIVIENDAS	SUPERFICIE KM2
Zapallar	2.669	1.386	1.283	2.048	4,83
Laguna	289	142	147	821	0,67
Catapilco	1.786	907	879	556	3,6

La comuna de Zapallar cuenta con los siguientes Centros de Salud y sus respectivas Estaciones Medico Rurales (EMR):

Tabla n°3

LOCALIDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	EMR
ZAPALLAR	CESFAM ZAPALLAR	CACHAGUA LAGUNA BALNEARIO LAGUNA POBL.ESTADIO
CATAPILOCO	CESFAM CATAPILOCO	BLANQUILLO ASENTAMIENTO

En la comuna de Zapallar, se describen ciertas localidades rurales, también denominados caceríos, que se describen a continuación.

Tabla n°4

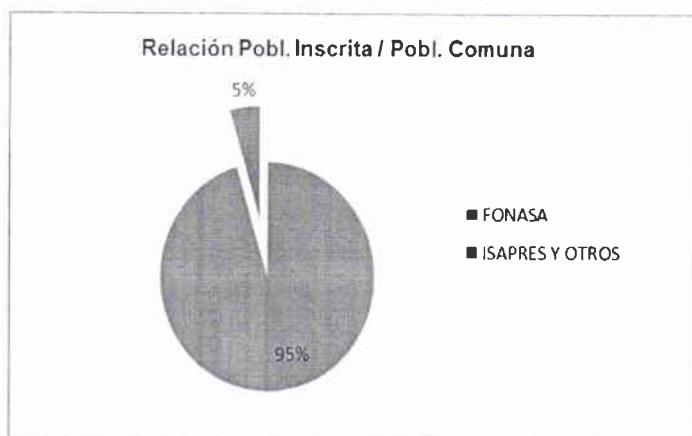
CACERÍOS	POBL.TOTAL	HOMBRES	MUJERES	Nº VIVIENDAS
LOS CALLEJAS	26	13	13	40
POBLACIÓN ESTADIO	136	67	69	53
CARRETERA E46	32	19	13	12
CAMINO VIEJO	12	6	6	14
CUESTA EL MELÓN 1	13	6	7	5
CUESTA EL MELÓN 2	39	22	17	13
BLANQUILLO	187	90	97	53

Indicadores de salud local

Población usuaria de los servicios de salud

En nuestro país, lo que define el acceso de la población a los servicios de salud, es el seguro de salud al cual están afiliadas. En el caso de nuestra comuna, un 95% de la población es beneficiaria y se encuentra inscrita en nuestros establecimientos, mientras que un 5% corresponde a Isapre u otros regímenes (CAPREDENA – DIPRECA, etc.)

GRAFICO n°1



El Departamento de Salud Municipal debe asegurar la atención en salud a una población total validada y percapitada de 7.755 usuarios, de los cuales 4.309 se atienden en Zapallar y 3.446 en Catapilco, correspondiente a un 55% y 45% respectivamente.

GRAFICO 2

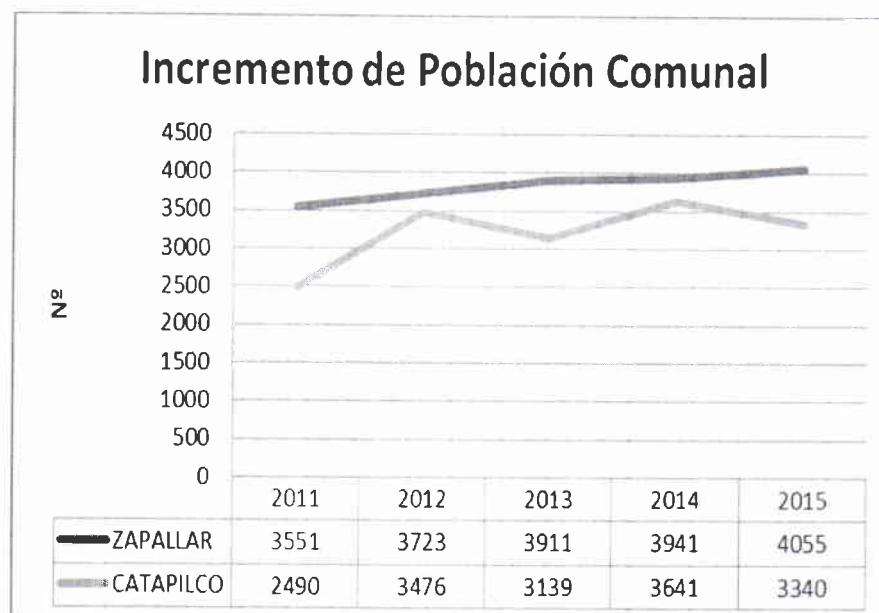


Lo anterior implica, que este gran porcentaje de población accede a la atención a través de nuestros establecimientos de atención primaria, de esta manera las características del acceso y la oportunidad son un gran desafío, y están condicionadas en gran medida por los recursos existentes y su gestión, tanto de recursos humanos como de infraestructura.

A continuación se observa el incremento poblacional estos últimos 5 años, de acuerdo a los informes de validación oficiales, se ha mantenido una constante variación a través de los años.

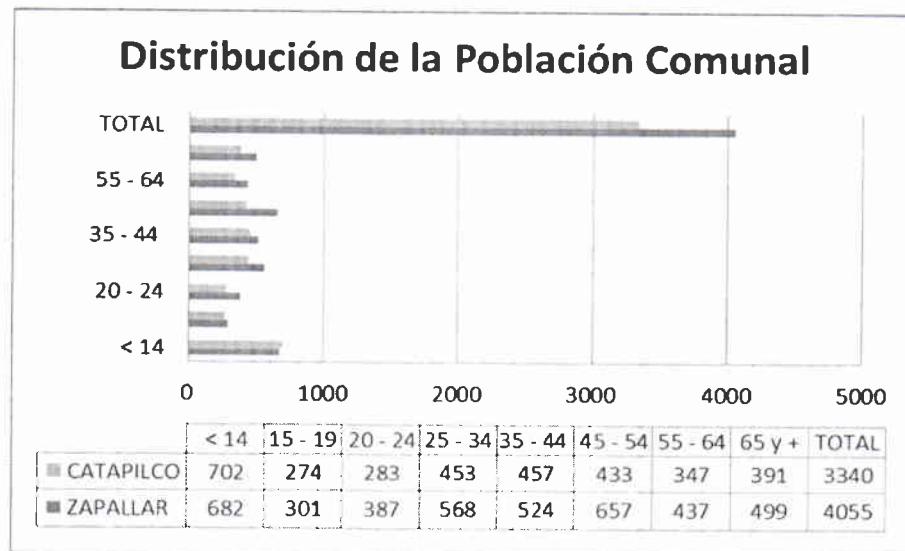
Para el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota se muestra una variación negativa en la mayoría de las comunas, no así en nuestra comuna que se ubica en el tercer lugar con mayor crecimiento per cápita.

GRAFICO 3



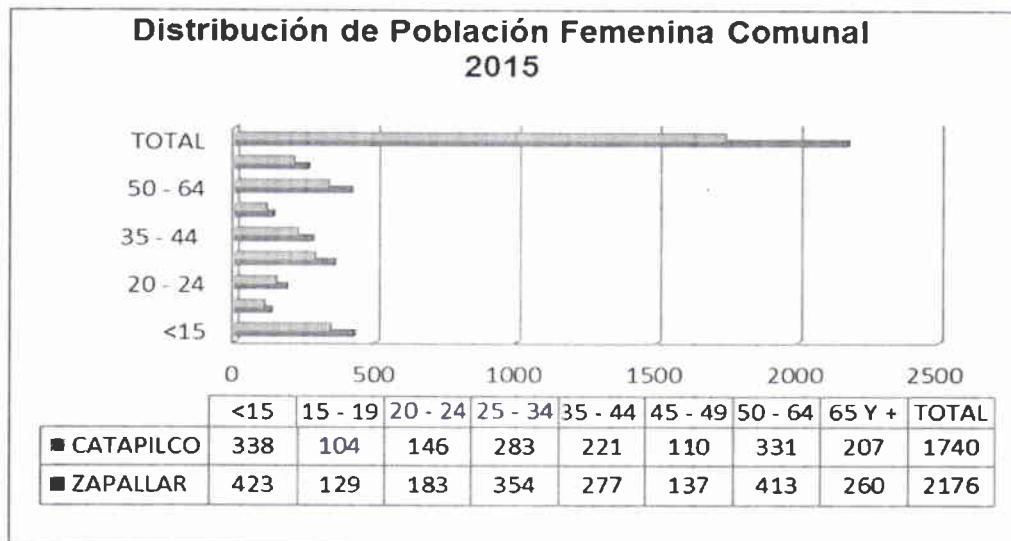
En cuanto a la distribución de la población según grupo etáreo, cabe destacar que Catapilco, contiene un porcentaje mayor población infantil, y siendo este sector rural más vulnerable que Zapallar, esto nos orienta a enfocar mayores recursos del programa infantil a Catapilco.

GRAFICO 4



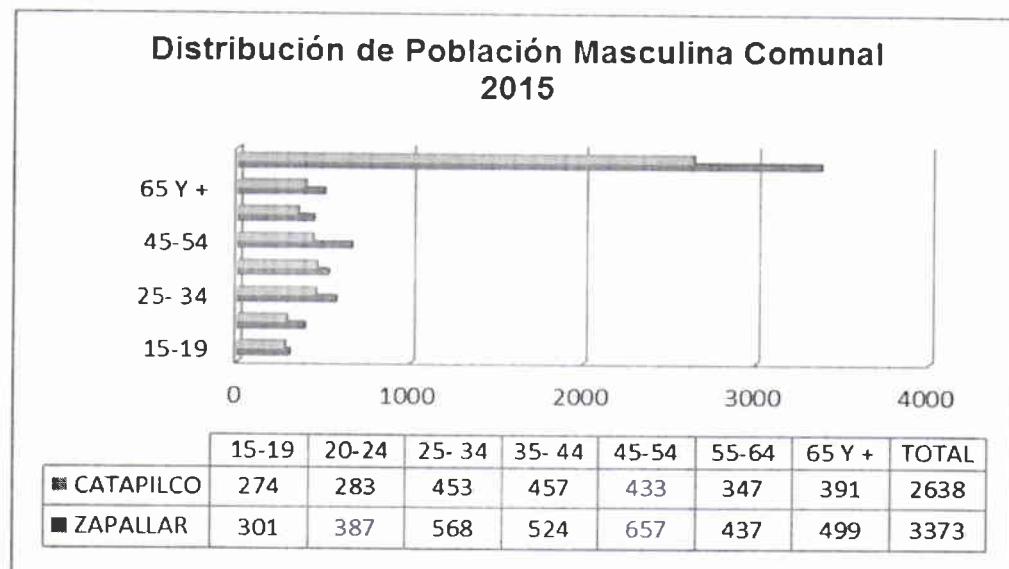
La tendencia de la distribución de la población femenina se mantiene aumentada en grupos etarios entre 25 a 34 años, usuarias en edad productiva, y pudiese relacionarse este incremento mantenido con la mayor oferta laboral disponible en el sector costero de la comuna.

GRAFICO 5



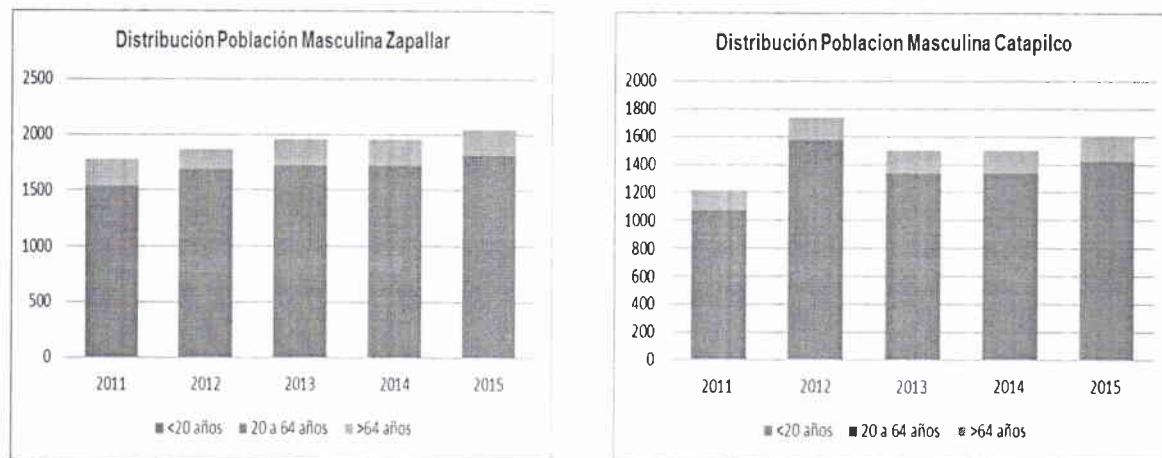
En cuanto a la población masculina comunal, en los grupos etarios entre 25 a 54 años, se encuentra el mayor porcentaje y tiene relación directa con la fuerza laboral de la comuna.

GRAFICO 6



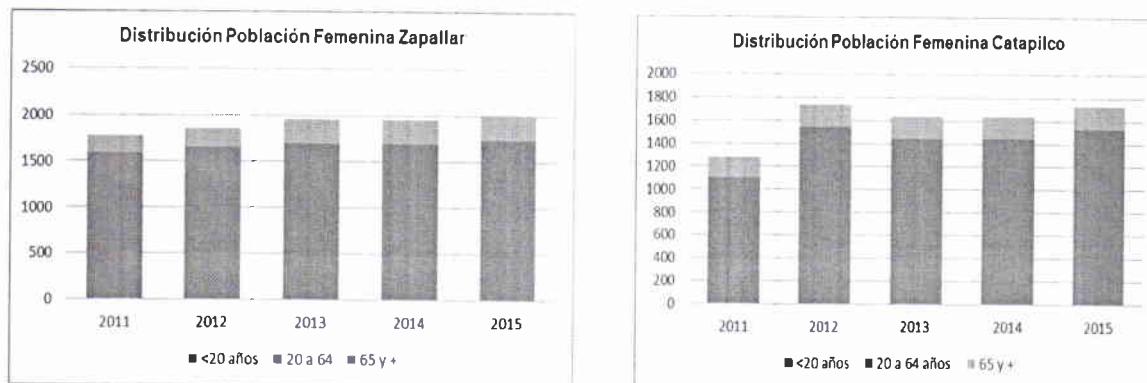
En cuanto a la distribución poblacional masculina de ambos centros, se observa una tendencia sostenida de la población sin cambios mayormente marcados en los graficos N°7 y N°8 descritos a continuación.

GRAFICO N° 7 Y N° 8



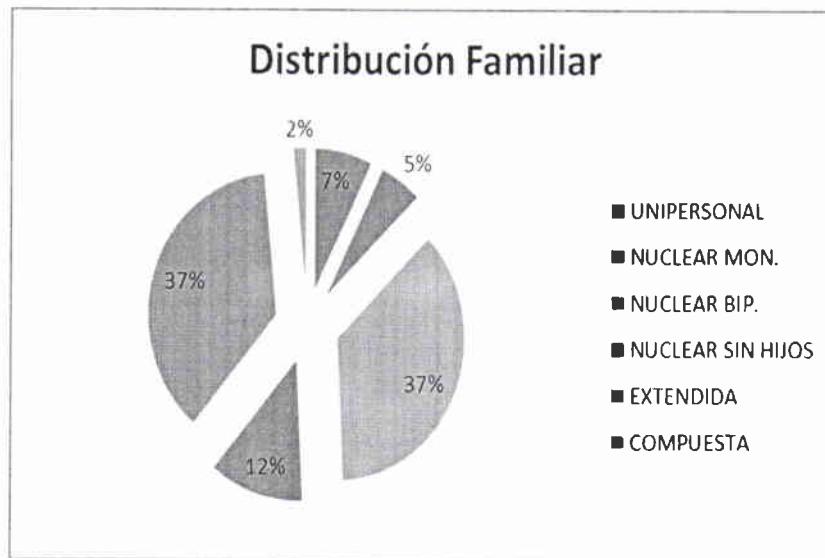
Al igual que en los graficos anteriores, en lo graficos N°9 y N° 10 continúa la estabilidad en cuanto al incremento ponderal conservado a traves de los años en la población femenina de ambos CESFAM.

GRAFICO N° 9 y N° 10



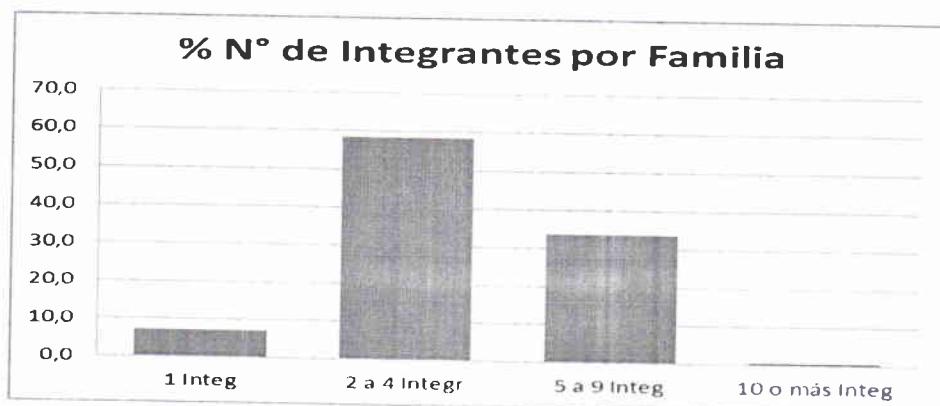
En el aspecto social, podemos describir que nuestra población se distribuye de la siguiente manera según su tipo de familia, destacando 2 grupos de población con el mismo porcentaje cada uno, correspondiendo a Familias de tipo Nuclear Biparental y Familia Extendida. Diferencia significativa en este último, si los comparamos a nivel nacional, dado que en Zapallar los valores alcanzan un 37% de familias de tipo Extendidas, mientras que a nivel país éstos llegan solo a un 21%.

GRAFICO N° 11



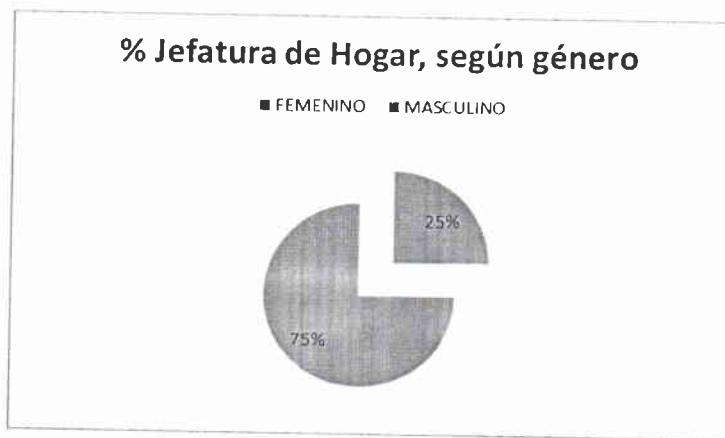
El siguiente grafico, nos muestra que cerca del 58% de nuestra población sus familias no superan los 4 integrantes, mientras que mas del 30% la constituyen familias de mas de cinco integrantes, lo que corrobora lo descrito en el grafico anterior, sobre la alta prevalencia de familias extendidas.

GRAFICO 12



Otra caracteristica importante a destacar a nivel social, es el porcentaje de Jefatura de hogar Femenina, según censo poblacion y vivienda (INE 2002), alcanza el 31,5 %, valor significativamente mayor que el observado en nuestra comuna.

GRAFICO Nº 13



Se Observa que el mayor porcentaje de jefatura de hogar, es llevada por sexo masculino en un 75% de las familias evaluadas.

ACTIVIDADES Y LOGROS EN SALUD POR CICLO VITAL

El Modelo de Atención Integral, tiende al cuidado de salud de la población teniendo como meta la entrega de las prestaciones pertinentes a la situación sanitaria de ésta, con un criterio de equidad y la búsqueda de equilibrio entre las necesidades de la población y las prestaciones entregadas por los centros de salud. Lo cual conlleva una adecuación de la oferta frente a los problemas de salud demandados por esta. Además, el modelo de atención nos desafía a funcionar como red asistencial, en donde el usuario debiera transitar por los diferentes niveles de complejidad en forma continua, logrando solucionar sus problemas de salud en forma eficiente y con el máximo de calidad.

Es en ese contexto, que encontramos una serie de logros y actividades desarrolladas en salud durante este último año, que nos permiten evaluar nuestro quehacer y a su vez enfocarnos en lo que se plantea para el 2016.

El análisis los realizaremos a continuación por ciclo vital y en forma transversal a ambos CESFAM.

SALUD DEL NIÑO

Evaluación desarrollo Psicomotor

En Relación al Desarrollo psicomotor, a continuación observamos el número de casos detectados con déficit en su desarrollo en los últimos años, observando una clara disminución de la aparición de retraso tanto en Zapallar (grafico n°14) como en Catapilco (grafico n°15), producto de una intervención precoz acompañada de una estimulación psicoafectiva que comienza a nivel gestacional con el programa Chile Crece Contigo.

GRAFICO N°14

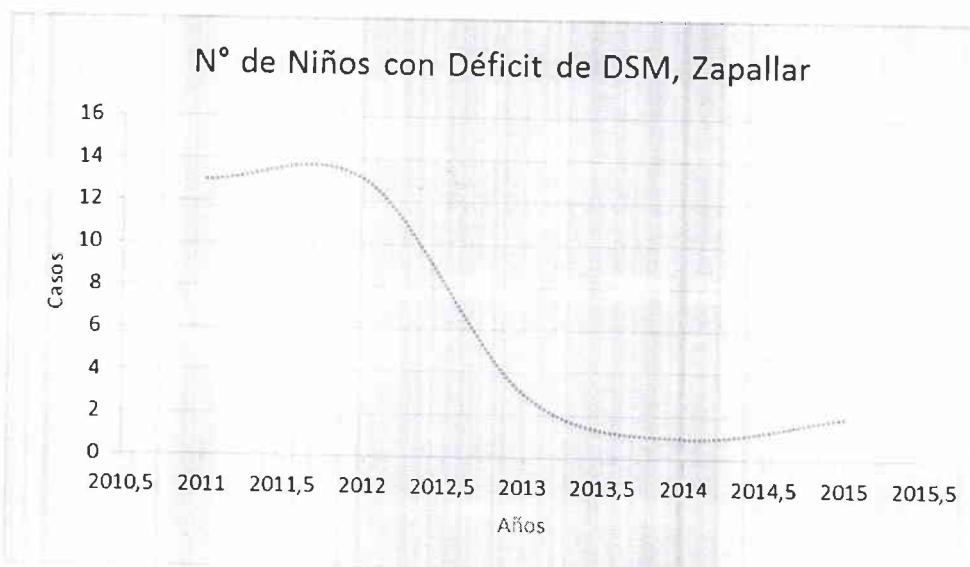
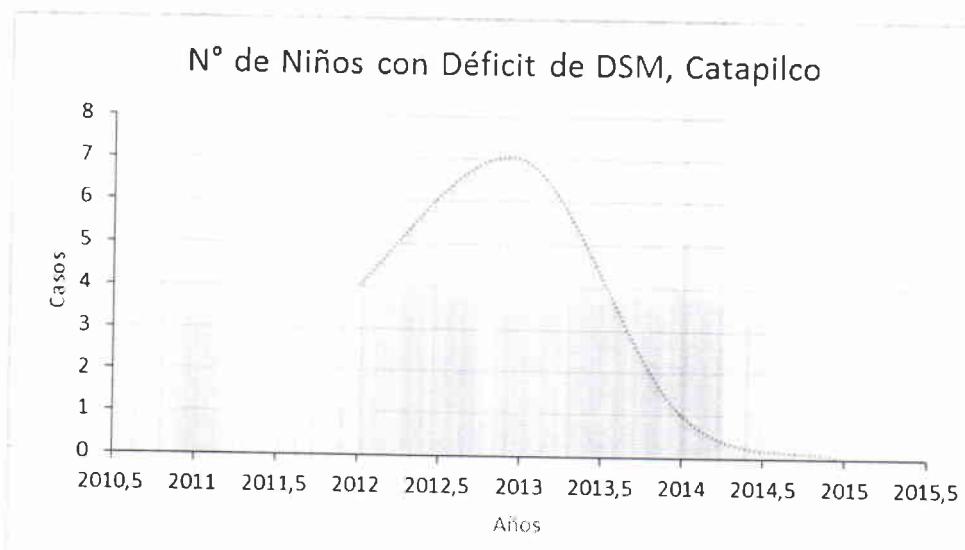


GRAFICO N°15



Obesidad Infantil

Este indicador monitorea la evolución de la obesidad infantil en niños menores de 6 años, problema que se ha mantenido en el tiempo y que presenta una tendencia al aumento no solo en nuestra comuna, sino a nivel nacional, reconociendo una necesidad de intervención mayor y por ende se contempló en el plan de acción de la comuna y se focalizaron los esfuerzos de vida sana.

GRAFICO N°16

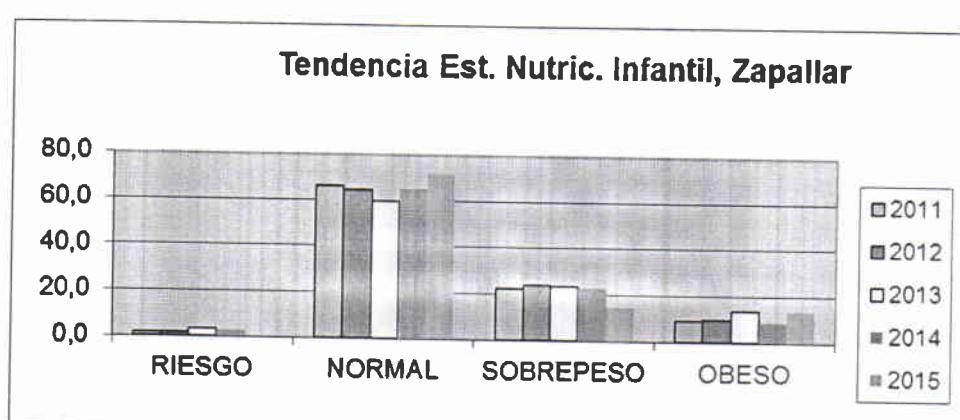
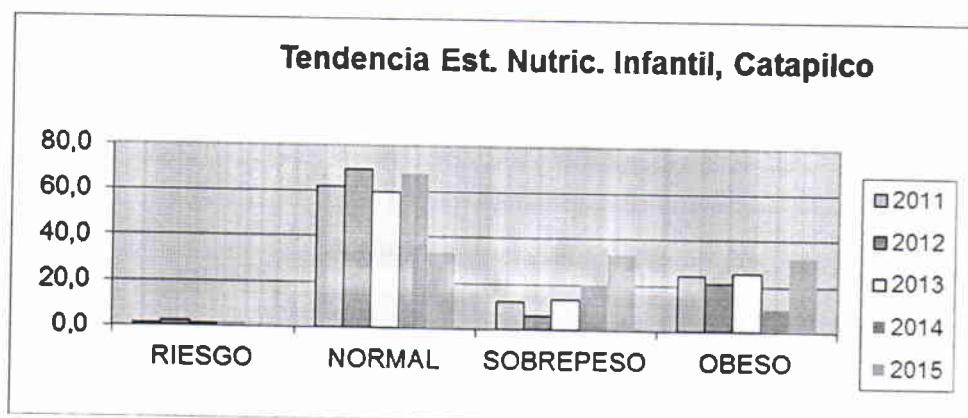


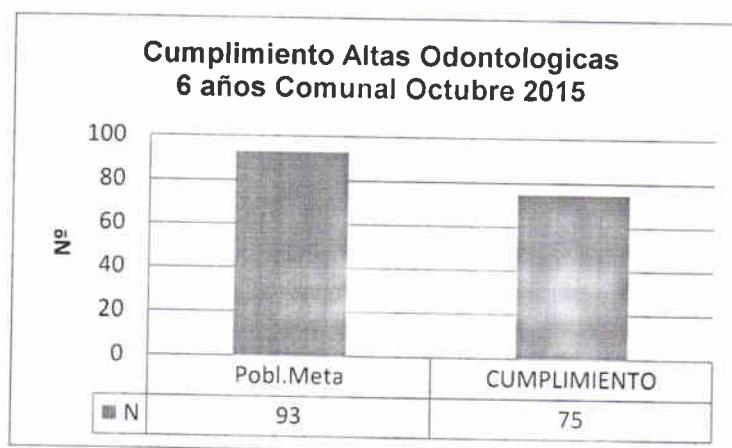
GRAFICO N°17



Salud Oral Integral

Una de las metas del área odontológica corresponde al número de altas odontológicas integrales en niños de 6 años, en la cual históricamente hemos tenido coberturas mayores a las nacionales, gracias a estrategias implementadas, como derivación desde Control de Niño sano, intervención en colegios, entre otras.

GRAFICO N°18



Lo representado en el gráfico anterior, nos muestra el avance de cumplimiento al corte Octubre 2015 de 75 altas, correspondiente a un 81% de cumplimiento.

SALUD DEL ADOLESCENTE

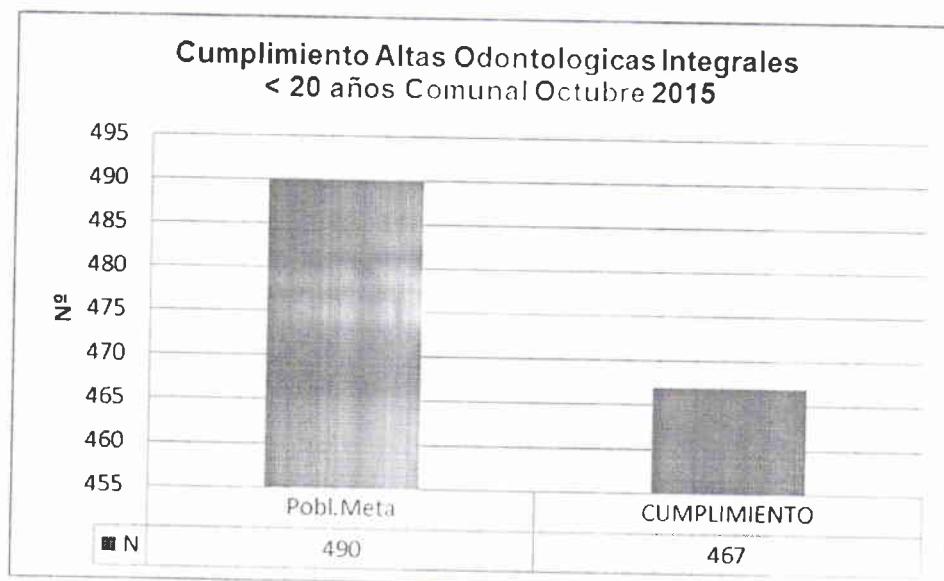
El objetivo de las actividades de salud de este grupo es fundamentalmente "apoyar su proceso de autonomía progresiva" entregándoles elementos que les permitan tomar decisiones adecuadas respecto a su vida, también en el marco del trabajo con énfasis en lo comunitario, e intersectorial tendiente a actuar sobre determinantes sociales que pueden actuar negativamente en su desarrollo. La prevención y promoción de estilos de vida saludables son fundamentales para acceder a una adultez con buena calidad de vida.

Conscientes del problema de acceso y acercamiento de los adolescentes a los establecimientos de salud, nos hemos hecho cargo de esa búsqueda y hemos implementado estrategias que nos permitan la aproximación a este grupo vulnerable, de manera de promocionar estilos de vida saludable y prevenir patologías en las distintas áreas además de diagnosticar precozmente e intervenir oportunamente en los aspectos más complejos de salud mental, salud sexual y reproductiva, y estilos de vida saludable. Además de derivar en forma oportuna dentro de la red al nivel secundario.

Salud Oral Integral

Altas Odontológicas Integrales en menores 20 años

GRAFICO N°19



SALUD DEL ADOLESCENTE

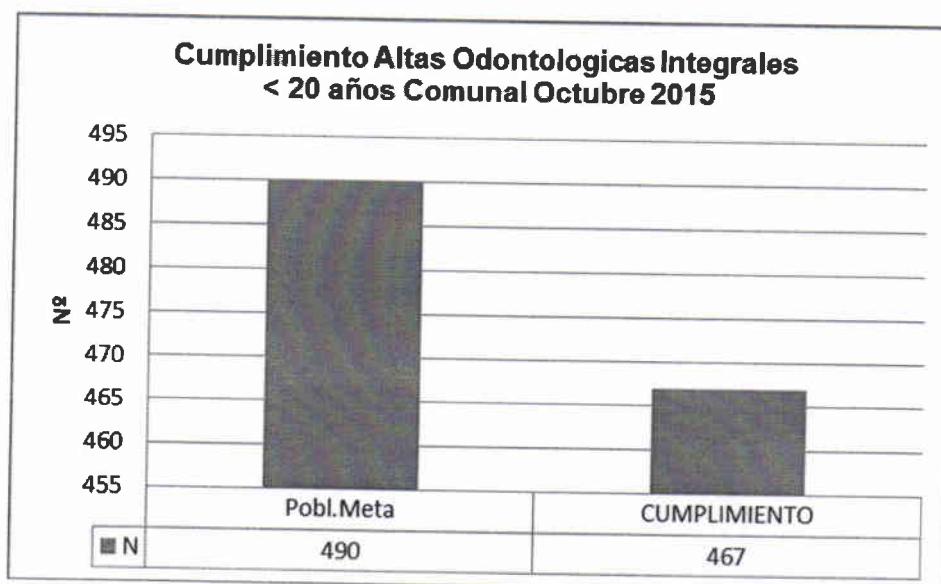
El objetivo de las actividades de salud de este grupo es fundamentalmente "apoyar su proceso de autonomía progresiva" entregándoles elementos que les permitan tomar decisiones adecuadas respecto a su vida, también en el marco del trabajo con énfasis en lo comunitario, e intersectorial tendiente a actuar sobre determinantes sociales que pueden actuar negativamente en su desarrollo. La prevención y promoción de estilos de vida saludables son fundamentales para acceder a una adultez con buena calidad de vida.

Conscientes del problema de acceso y acercamiento de los adolescentes a los establecimientos de salud, nos hemos hecho cargo de esa búsqueda y hemos implementado estrategias que nos permitan la aproximación a este grupo vulnerable, de manera de promocionar estilos de vida saludable y prevenir patologías en las distintas áreas además de diagnosticar precozmente e intervenir oportunamente en los aspectos más complejos de salud mental, salud sexual y reproductiva, y estilos de vida saludable. Además de derivar en forma oportuna dentro de la red al nivel secundario.

Salud Oral Integral

Altas Odontológicas Integrales en menores 20 años

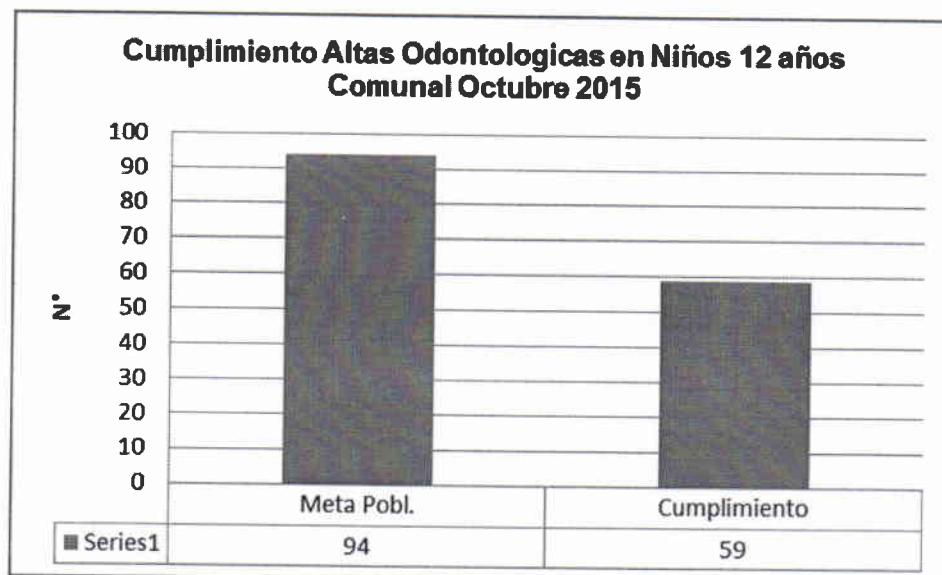
GRAFICO N°19



Se evidencia en grafico anterior, un total de 467 altas odontológicas en <20 años, correspondiendo a un 95% de cumplimiento de la meta exigida por el servicio de Salud.

Altas Odontológicas Integrales Niños 12 años

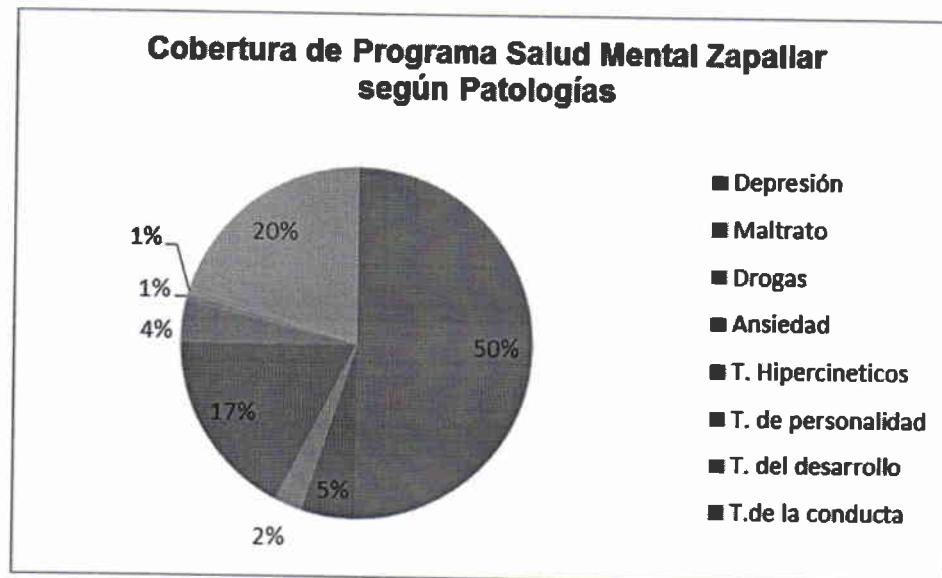
GRAFICO N°20



En el grafico podemos corroborar el nivel de cumplimiento de esta meta, lograda año a año sin inconvenientes por ser una población cautiva, lo que facilita la coordinación con los establecimientos educacionales para el logro de esta meta sanitaria. El número de cumplimiento representa el 63% realizado.

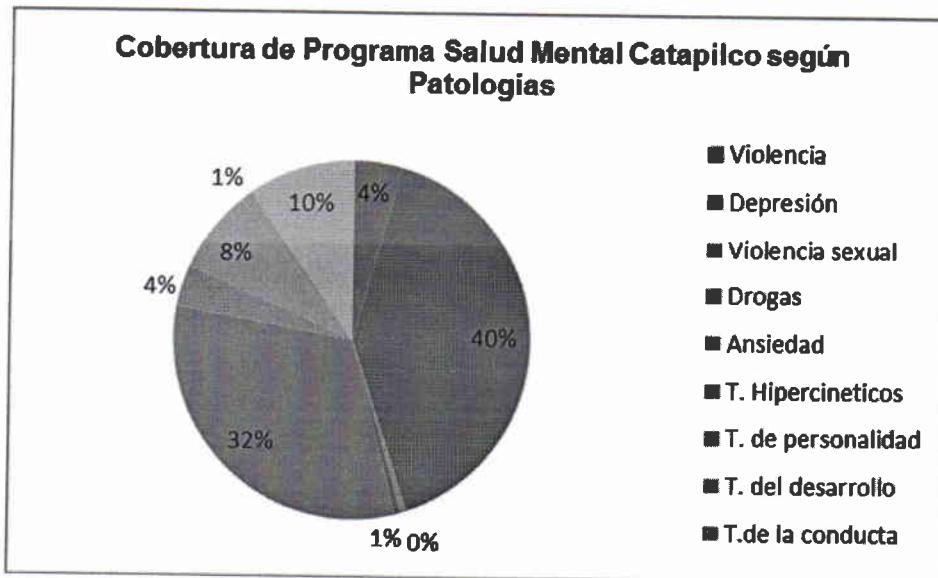
Salud Mental

GRAFICO N°21



En Zapallar, podemos observar el alto índice de depresión, seguida por trastornos de la conducta. Es importante evidenciar que cada vez es más frecuente para la población la aceptación de derivación a Salud Mental, así como la consulta espontánea, eso es resultado de variadas estrategias a lo largo del tiempo, sobre todo en adultos y adultos Mayores.

GRAFICO N°22



Según el grafico representativo a CESFAM Catapilco, se puede observar que las patologías más frecuentes son la Depresión con un 40% como diagnostico principal y la Ansiedad, correspondiendo al 52% de las consultas en salud Mental.

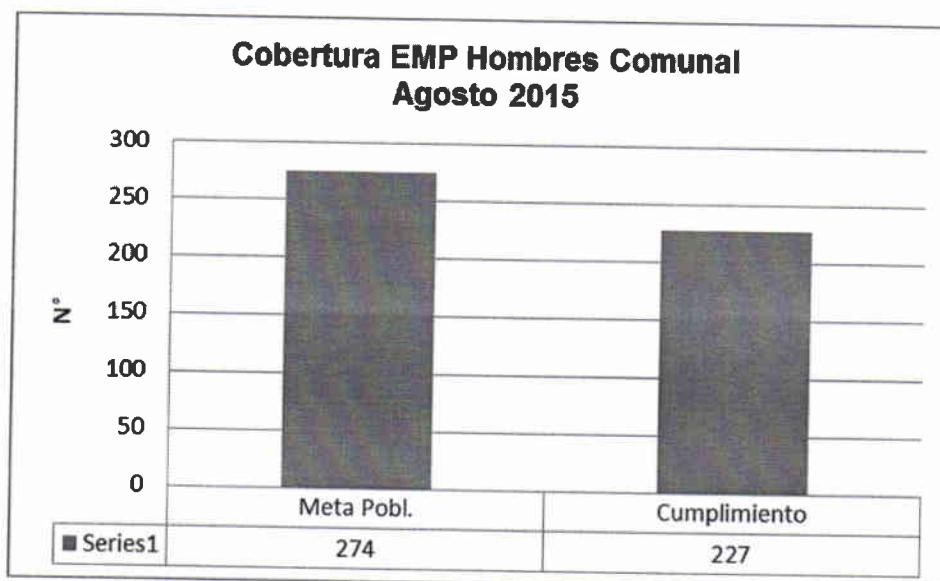
SALUD DEL ADULTO

Dadas las características de este grupo laboralmente activo, en edad reproductiva, cuya cercanía con los establecimientos es esporádica a través de consultas de morbilidad, lo que hace más difícil el contacto con el establecimiento.

En el caso de las enfermedades crónicas en este grupo la recuperación de la salud, una vez instalado el daño y su mantención así como la rehabilitación son fundamentales en la calidad de vida. Sin embargo es relevante promocionar y /o prevenir complicaciones resultantes de este perfil de salud.

Cobertura EMP Varones de 20 a 44 años

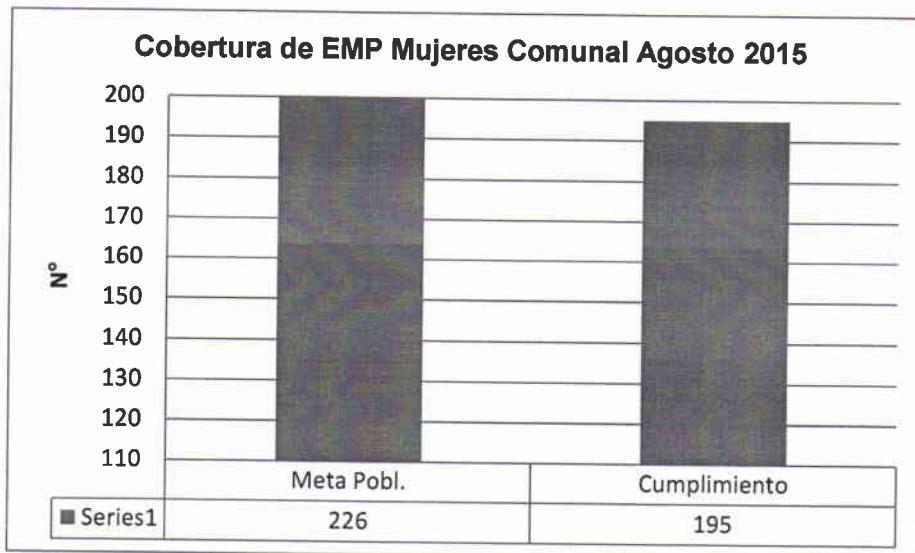
GRAFICO N°23



El grafico expuesto nos revela el nivel de cumplimiento de aplicación de EMP en la población masculina, número que corresponde al 82% de cumplimiento, lo que nos ayuda a la detección de enfermedades no transmisibles en este grupo etario.

Cobertura EMP Mujeres de 45 a 64 años

GRAFICO N°24



Podemos observar el nivel destacado de cumplimiento, correspondiente al 86% de EMP aplicados a mujeres con el fin de detectar patologías cardiovasculares en forma precoz, evitando un deterioro mayor de la salud a largo plazo. Esta meta, se facilita debido a que la población de mujeres es cautiva en el programa de salud de la mujer.

Salud Materna y Perinatal

Ingresos de Embarazo antes de las 14 semanas

GRAFICO N°25

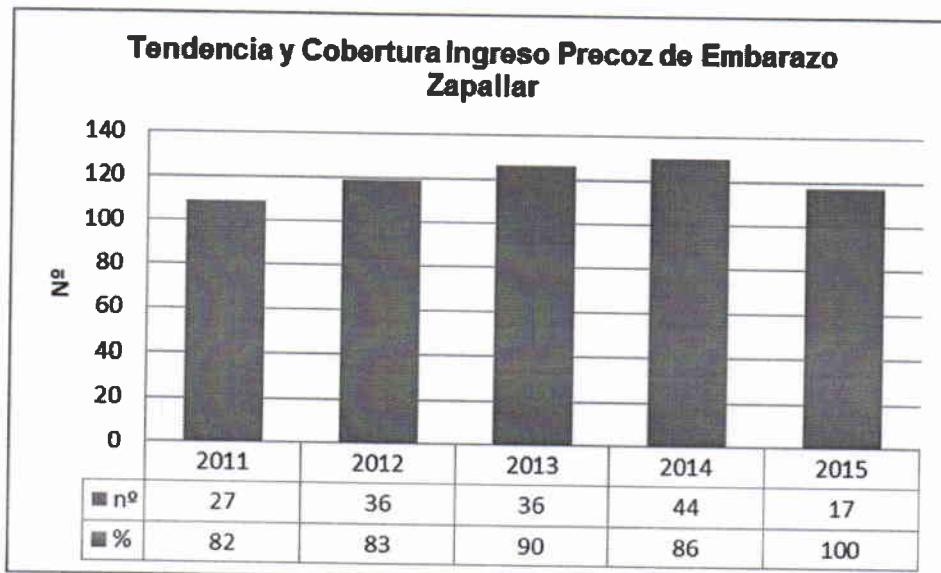
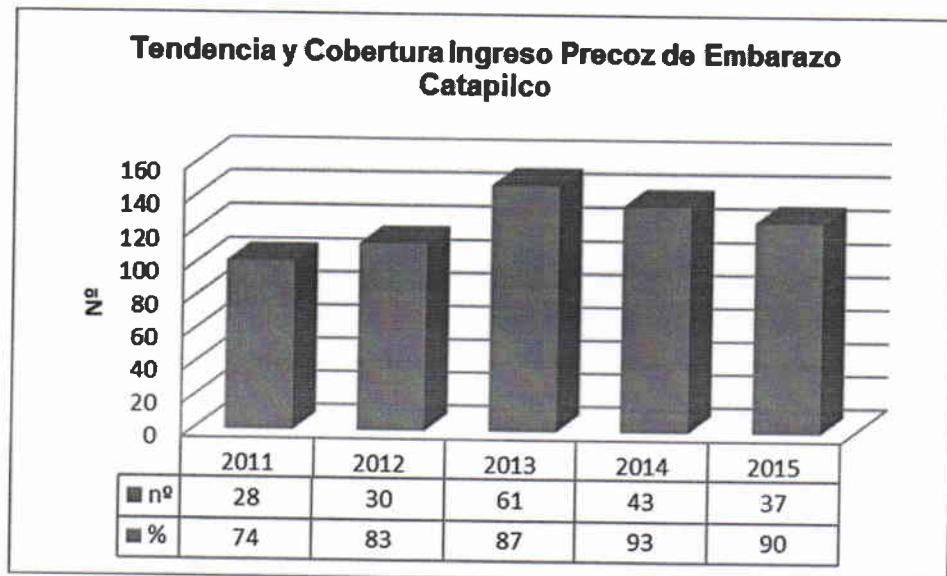


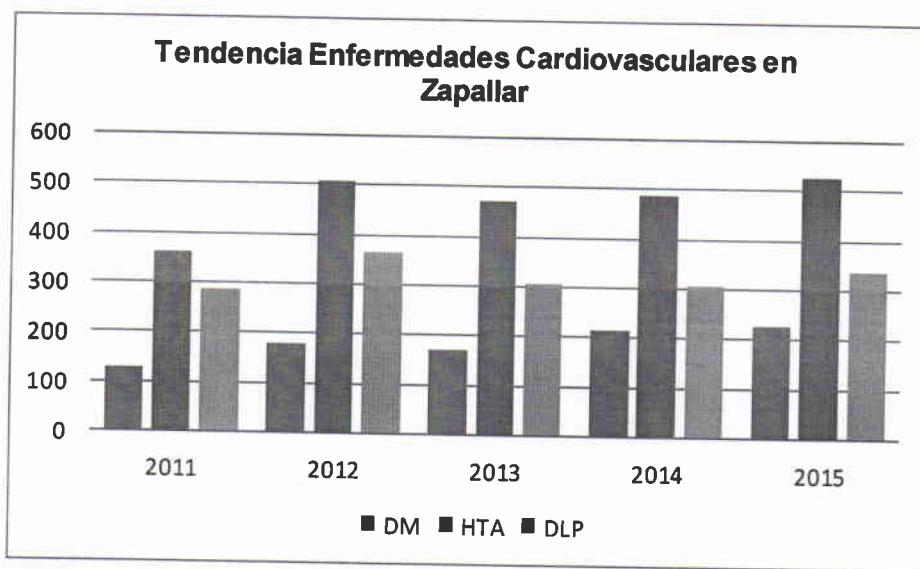
GRAFICO N°26



En ambos CESFAM se evidencia el Incremento porcentual significativo año a año de los ingresos de Embarazos en forma precoz (antes de las 14 semanas). Cumpliendo a cabalidad con las exigencias del Servicio de salud.

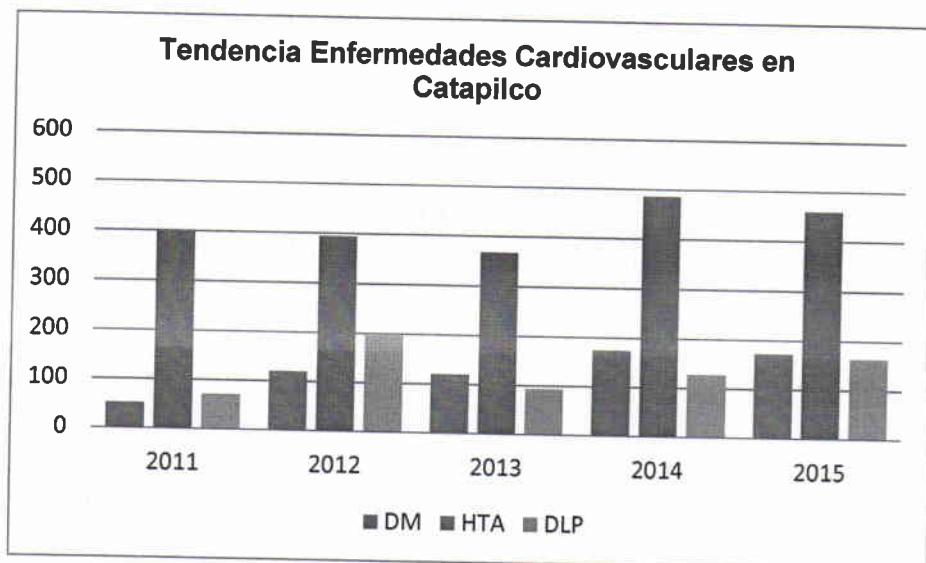
Salud Cardiovascular

GRAFICO N°27



Como se observa arriba, en la comuna de Zapallar la tendencia es al incremento de aparición de enfermedades no transmisibles, resultado de la pesquisa precoz, lo que se ve reflejado en la aplicación de EMP año a año. Y muy importante nuestra atención de salud con visión integral, que nos hace detectar y derivar a los respectivos programas de salud.

GRAFICO N°28



En Catapilco, la tendencia de población bajo control por enfermedades cardiovasculares, tienden a la baja, esto debido a la poca población en comparación a Zapallar. Lo que dificulta el aumento de ingresos año a año. En cuanto a la Dislipidemia, la tendencia va en aumento tanto a nivel comunal y nacional, esto debido a nuestra dieta poco saludable y la vida sedentaria, que estamos tratando de mejorar con programas de promoción.

Distribución de enfermedades crónicas no transmisibles por CESFAM según género.

GRAFICO N°29

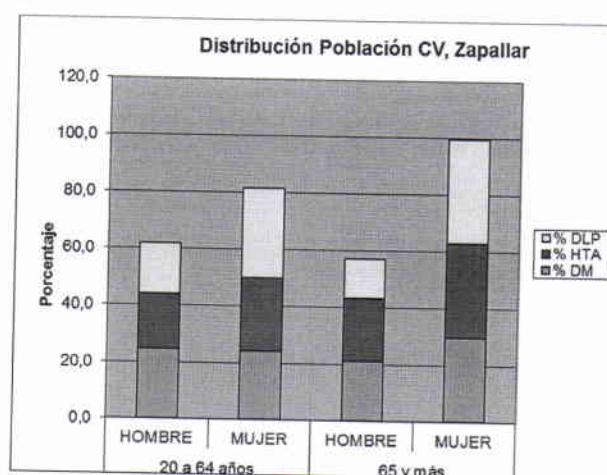
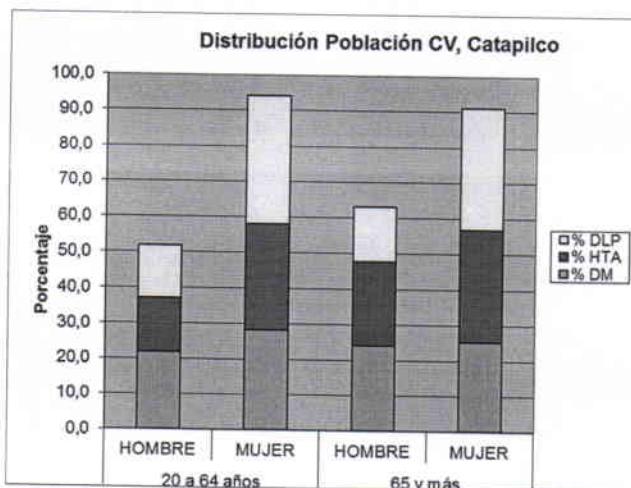


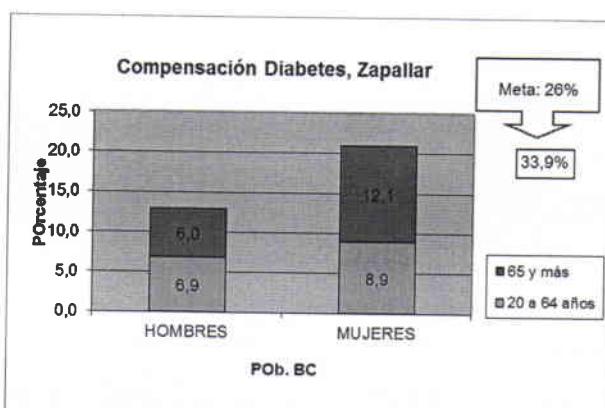
GRAFICO N°30



En ambos gráficos se observa de manera clara, una mayor proporción de dislipidemias en el grupo de las mujeres, esto puede deberse a los cambios hormonales propios del género femenino, asociados al uso de Anticonceptivos hormonales y TRH.

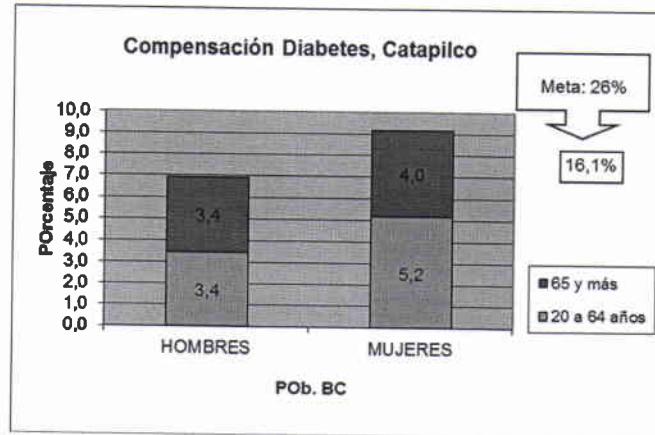
Porcentajes de compensación diabetes mellitus en ambos CESFAM agosto 2015

GRAFICO N°31



Esto se traduce en una mayor compensación de esta patología en la población de mujeres, debido principalmente a que tienen mayor adherencia a los tratamientos, generalmente son ellas las que cocinan y tienden más frecuentemente a seguir una dieta indicada.

GRAFICO N°32

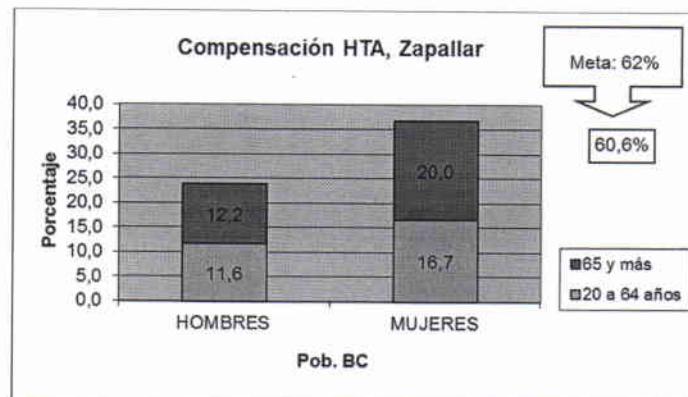


Se mantiene la misma tendencia en Catapilco, con respecto a que la población de mujeres permanece mayormente compensada.

En términos generales, resulta muy difícil la compensación de esta patología, puesto que depende en gran porcentaje del usuario. Solo nos queda continuar con las estrategias de promoción, rescate de usuarios inasistentes a controles, refuerzo del autocuidado y talleres de autocuidado.

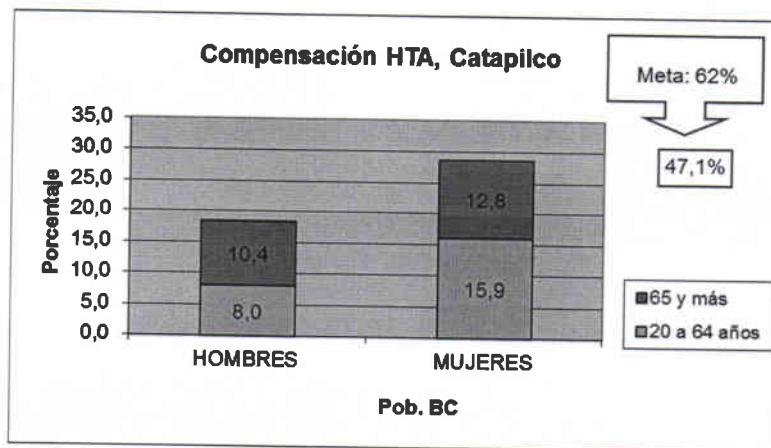
Porcentajes de compensación de hipertensión arterial en ambos CESFAM agosto 2015

GRAFICO N°33



Continúa la tendencia con la población de mujeres con mejor compensación de sus enfermedades, esta vez, la HTA. Meta con gran nivel de cumplimiento a cuanto a la compensación exigida por el servicio de salud.

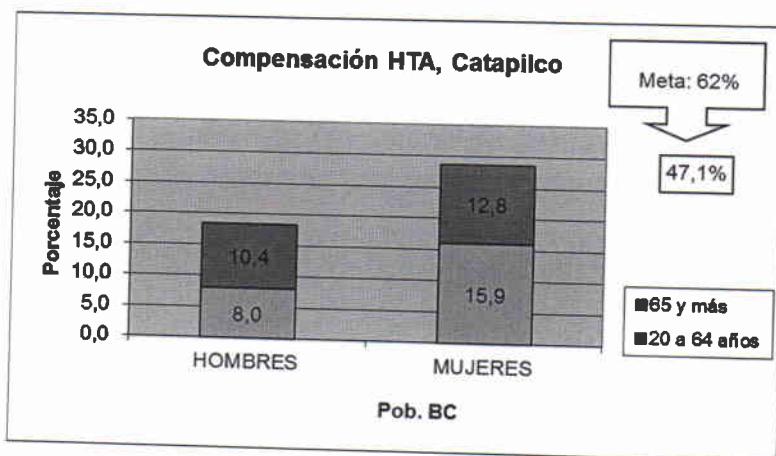
GRAFICO N°34



Aunque la tendencia de población de mujeres compensadas mayormente sigue teniendo relevancia en este gráfico, el porcentaje de cumplimiento de compensación es más bajo en este sector. Por lo que se doblegan las estrategias de promoción y actividades como visitas de rescate o reeducación en la toma de sus fármacos.

Continúa la tendencia con la población de mujeres con mejor compensación de sus enfermedades, esta vez, la HTA. Meta con gran nivel de cumplimiento a cuanto a la compensación exigida por el servicio de salud.

GRAFICO N°34



Aunque la tendencia de población de mujeres compensadas mayormente sigue teniendo relevancia en este gráfico, el porcentaje de cumplimiento de compensación es más bajo en este sector. Por lo que se doblegan las estrategias de promoción y actividades como visitas de rescate o reeducación en la toma de sus fármacos.

SALUD DEL ADULTO MAYOR

"Todos llegamos a ser viejos, sin embargo el cómo envejecemos y la calidad de vida en la vejez, se relaciona con los recursos intelectuales, biológicos, materiales y ambientales acumulados a lo largo del ciclo vital".

En este grupo se procura mantener una funcionalidad adecuada que les permita la autovalencia, esta característica es fundamental para enfocar las acciones de salud hacia un envejecimiento activo y saludable en un marco de respeto y satisfacción usuaria.

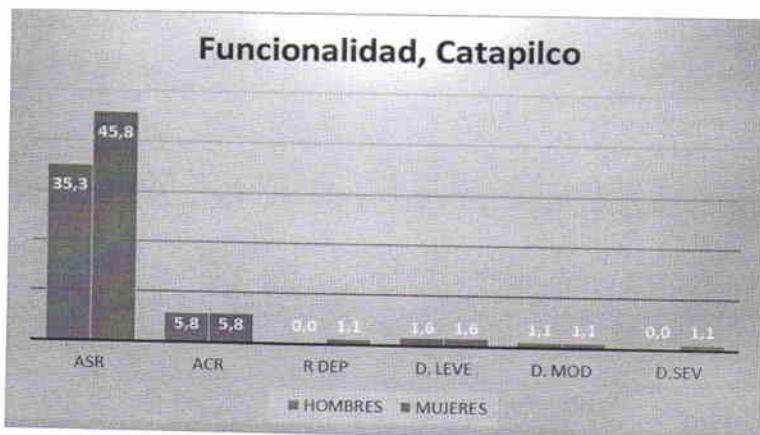
GRAFICO N°35

Condición de funcionalidad en adultos mayores de la comuna por CESFAM



Podemos interpretar en este gráfico, que a pesar de tener un mayor porcentaje de autovalentes sin riesgo, estos corresponden solo al 48,7% del total de población con EFAM aplicado correspondiente a 351 usuarios. Lo que nos hace enfocar nuestras estrategias de cuidados mayores para este tipo de población.

GRAFICO N°36



En cuanto a Catapilco, tenemos menos población a la que corresponde aplicación de EFAM, en comparación con CESFAM ZAPALLAR. Se destaca en Catapilco el gran porcentaje de Autovalentes sin Riesgo, llegando al 81% de los usuarios con EFAM aplicado.

Estrategia de rehabilitación

Nuestro Departamento de Salud Municipal, durante el último tiempo, ha ido fortaleciendo la estrategia de Rehabilitación Neuro Artro Musculo Esquelético en nuestra comuna. Consiente de la necesidad de generar nuevos espacios para la comunidad, en donde tengan la posibilidad de atenderse en forma oportuna y en las mejores condiciones, se ha implementado paulatinamente una serie de medidas que buscan brindar a nuestra población una atención personalizada y de calidad creciente. En ambos centros de salud se atienden personas en situación de discapacidad permanente y trastornos neuro artro músculo esquelético agudos de toda la comuna.

En 1992 habían 36 adultos mayores (60 y más años) por cada 100 niños menores de 15 años. Para el 2020 se proyecta que esta relación se incremente a 100 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años. Datos que hablan de lo propensa que está nuestra población a tener uno o más de un trastorno osteomuscular transitorios o permanentes, en alguna etapa de su ciclo vital. Lo que nos motiva a diario, a buscar estrategias para cubrir las necesidades crecientes de una población envejecida que demanda una atención de rehabilitación de calidad, con un enfoque Biosicosocial de los usuarios; tomando en cuenta, aspectos sociales, culturales, emocionales, comportamentales, cognitivos y físicos dentro de las intervenciones, otorgando acceso a las personas en situación de discapacidad, familiares y usuarios en general, a la rehabilitación y la habilitación, facilitando el

reintegro al colegio, trabajo y la participación social de toda nuestra población.

Actualmente nuestro Departamento de Salud dispone de horas kinésicas destinadas a la entrega de las siguientes prestaciones:

- Talleres Grupales de Actividad Física y Ergoterapéutico.
- Solicitud, entrega y monitoreo de Ayudas Técnicas.
- Orientación y Reinscripción Sociolaboral.

El aumento de horas destinada a Terapia Física Kinésica, ha permitido acercar la terapia a la comunidad más alejada de nuestros centros, gracias a la adición de estas prestaciones en EMR de Laguna Balneario. Este hecho es muy significativo ya que facilita el acceso a rehabilitación a los usuarios que viven en dicha localidad, tomando en cuenta lo disperso de nuestra población y los problemas de transporte público existentes en nuestra comuna.

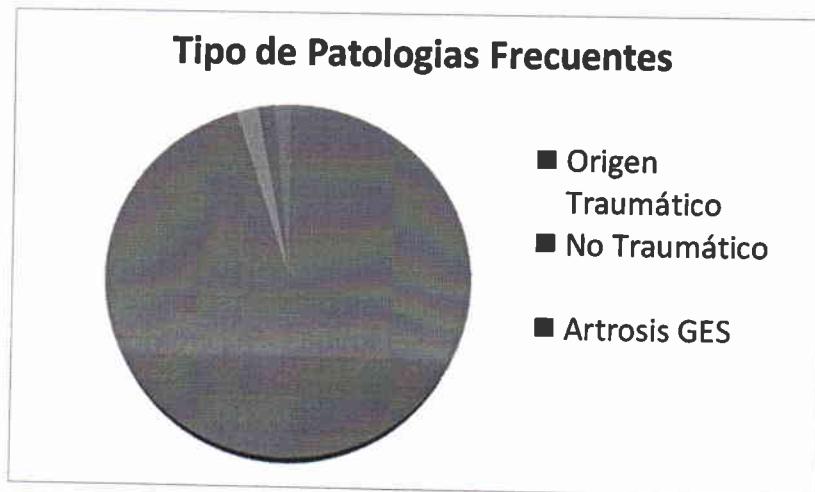
Esta estrategia local significa entregar más de 480 atenciones durante el 2015. Siendo en un 70% usuarios sobre 65 años, vale decir adultos mayores, grupo etario más propenso a tener alguna disfunción muscular esquelética aguda o permanente, y en donde la terapia física adquiere una gran relevancia al facilitar la funcionalidad y evitar estadías en cama, lo que puede generar estados de postración permanentes o dismovilidad, aumentando el estrés familiar y los recursos destinados a su atención.

Patologías más frecuentes

En nuestra comuna predominan las “Patologías No Traumáticas” (tendinopatías, síndromes miofasciales, alteraciones posturales, etc.) con un 65% del total. Estas disfunciones que se generan, en su mayoría, por un sobre uso de la musculatura durante un tiempo prolongado, tienen que ver con el tipo de trabajo que realiza nuestra población, la que se aboca generalmente a labores de mantención de jardines y casas, construcción y tareas de agricultura.

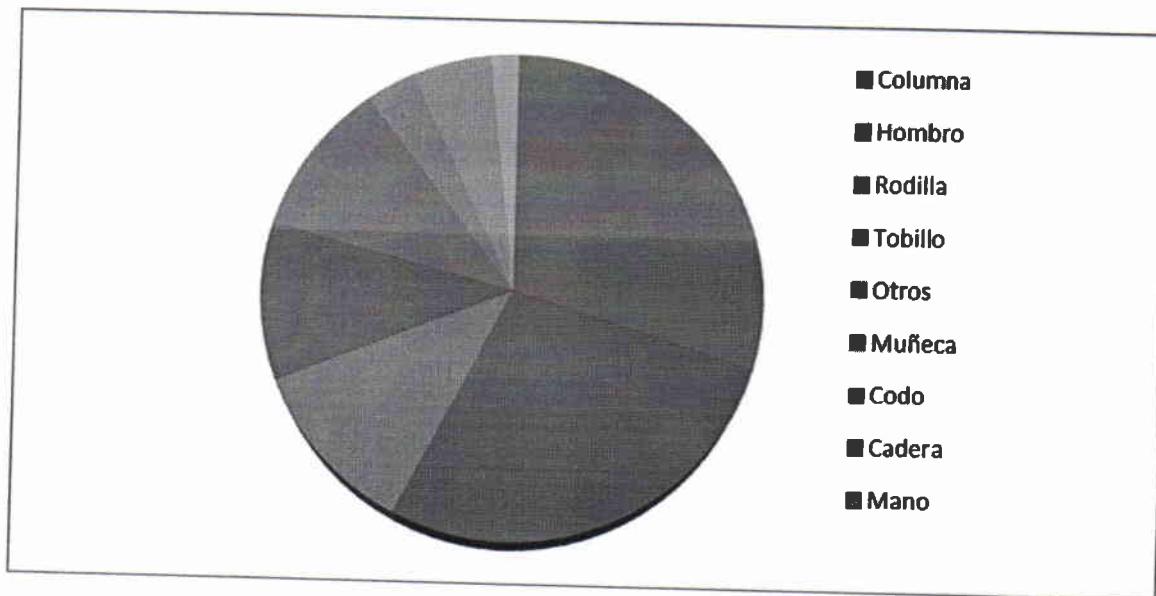
En segundo lugar están las “Patologías de Origen Traumático” (fracturas, esguinces, etc) con un 30%, luego las “Artrosis GES” (gonartrosis y coxartrosis leve y moderado) con un 2%. Para terminar con “Otros Déficit Neuromuscular” y “Otros” con un 1,5% cada uno.

GRAFICO N°37



En relación a las zonas del cuerpo más afectadas, están: con un 63% las disfunciones en la Columna Vertebral, un 58% para Hombros, Rodillas y Tobillos, con un 24% y 22% respectivamente.

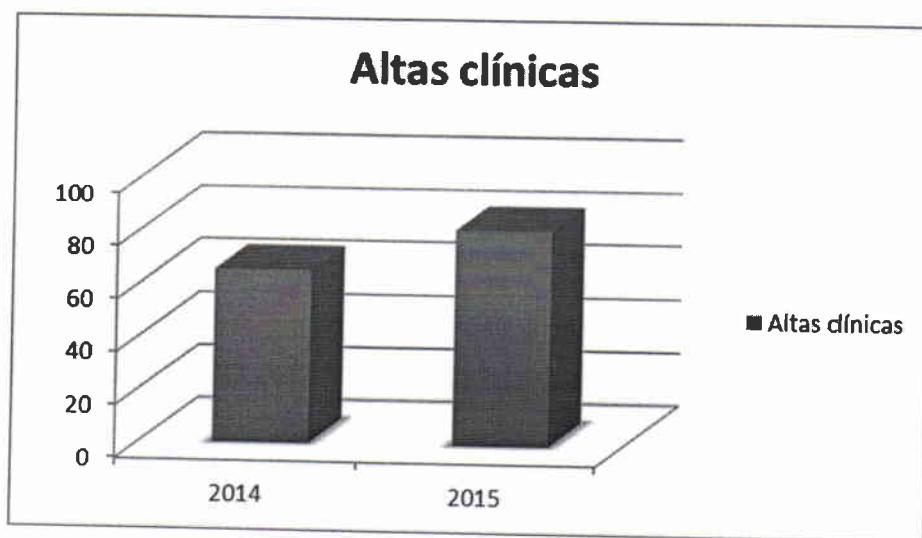
GRAFICO N°38



El conjunto de medidas y estrategias implementadas durante el año 2015 han posibilitado, entre otras cosas, realizar una atención kinésica más personalizada. Además, el aumento de horas disponibles ha permitido realizar sesiones con la frecuencia adecuada para cada patología. Lo que se traduce en una reducción del tiempo de recuperación, facilitando la reinserción de nuestros usuarios a sus actividades de la vida diaria.

Durante este año se han dado un mayor número de altas clínicas, lo que significa un aumento del 25 %, en relación al año 2014.

GRAFICO N°39



La rehabilitación y habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, psicológico y social; abarcando un amplio abanico de actividades. Así mismo, la Organización Mundial de Salud señala que todo país debe garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados para su condición.

Es en este contexto, que como equipo de rehabilitación, debemos desarrollar constantemente, estrategias para satisfacer la demanda creciente de nuestra población, sin desviar el foco del Modelo de Salud Familiar. La “Rehabilitación Basada en la Comunidad” (RBC), es el modelo hacia el cual debemos apuntar, ya que ha demostrado ser una estrategia poderosa para potenciar las posibilidades de rehabilitación de las personas con discapacidad, apoyar a sus familias y ofrecerles mayor inclusión social. Dichos objetivos se hacen posibles mediante la rearticulación y alianza intersectorial de los profesionales y técnicos de la salud, las organizaciones comunitarias y otros servicios atingentes.

CANASTA DE PRESTACIONES

El Centro de Salud Familiar es el espacio de encuentro más cercano entre la población y el sistema de atención en Salud .La Ilustre Municipalidad de Zapallar se ha caracterizado por apoyar constantemente la gestión en salud, invirtiendo anualmente una gran parte de sus recursos, de forma tal de asegurar el acceso a prestaciones médicas y no médicas a nuestros beneficiarios.

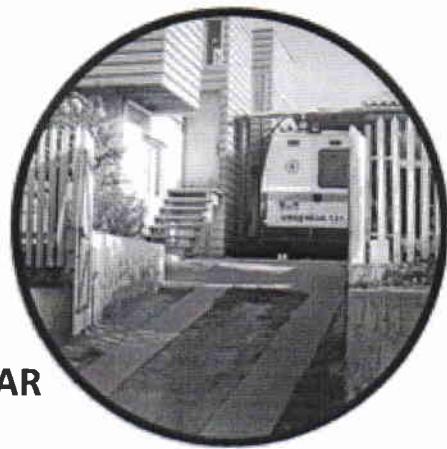
En la tabla siguiente se evidencia una diferencia de 11.259 atenciones si comparamos el período 2011 al 2015 en las tenciones médicas.

Tabla nº5: "Número de atenciones médicas por Sector en el periodo 2011-2015"

SECTOR/AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015
CATAPILCO	5914	7587	8171	13162	11910
ZAPALLAR	6696	9800	9623	13625	11959
TOTAL	12610	17387	17794	26787	23869



CESFAM CATAPILCO



CESFAM ZAPALLAR

Los centros de Atención Primaria ofrecen a sus beneficiarios prestaciones de salud asociadas a la medicina general y especialidad, que se identifican a continuación.

PRESTACIONES DE SALUD PROGRAMADAS

- *Programa de Salud de la Infancia*
 - Control de salud por enfermera, médico y nutricionista.
 - Consulta nutricional, asistente social, psicóloga, odontólogo, kinesiólogo y podólogo.
 - Consulta clínica lactancia materna
 - Evaluación y consultas de desarrollo psicomotor
 - Vacunación Programa Nacional Inmunizaciones
 - Visitas domiciliarias a casos con riesgo biopsicosocial
 - Estudios de familia
 - Screening radiografías de caderas
- *Programa de Salud del Adolescente*
 - Control de salud por médico o matrona.
 - Consulta nutricional, asistente social, psicóloga, enfermera, odontólogo y podólogo.
- *Programa de Salud Sexual y Reproductiva*
 - Control de salud por médico o matrona.
 - Consulta nutricional, asistente social, psicóloga, enfermera, odontólogo, kinesiólogo y podólogo.
 - Entrega de Métodos Anticonceptivos.
 - Visitas domiciliarias a casos con riesgo biopsicosocial
 - Estudios de familia
 - Screening Mamografías y Ecotomografías mamarias.
 - Toma de Ecografía primer trimestre embarazo
 - Toma de PAP
 - Screening Chagas en embarazadas

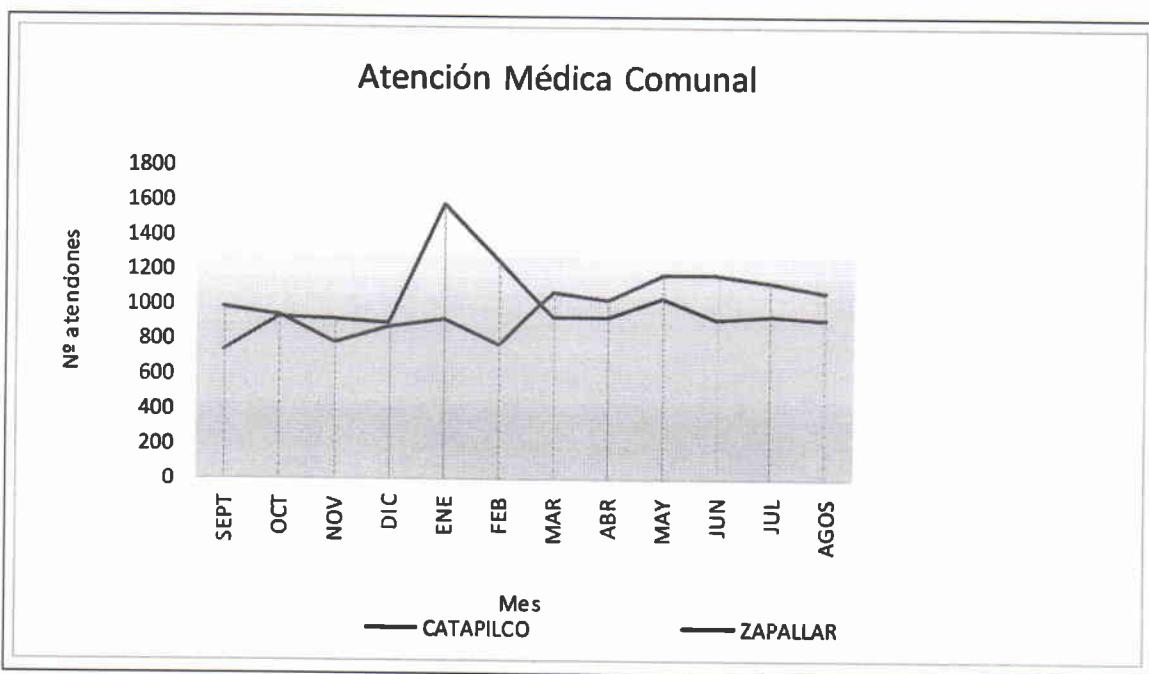
- *Programa de Salud del Adulto*
 - Control de salud multidisciplinario (EMPA, Cardiovascular)
 - Consulta nutricional, asistente social, psicóloga, odontólogo, kinesiólogo y podólogo.
 - Evaluación Pie Diabético
 - Visitas domiciliarias a casos con riesgo biopsicosocial
 - Estudios de familia
- *Programa de Salud del Adulto Mayor*
 - Control de salud por médico o enfermera.
 - Consulta nutricional, asistente social, psicóloga, odontólogo, kinesiólogo y podólogo.
 - Evaluación Pie Diabético
 - Visitas domiciliarias a casos con riesgo biopsicosocial
 - Estudios de familia
 - Entrega lentes Presbicie
- *Programa de Salud Dental*
 - Control y consulta odontológica
 - Fluoración preventiva en escolares
 - Endodoncias
 - Prótesis dentales
- *Programa de Salud Mental*
 - Control de salud por médico o psicólogo.
 - Consulta psicólogo y asistente social.
- *Prestaciones de Apoyo*
 - Consultas médicas de morbilidad población beneficiaria.
 - Entrega de fármacos Patologías GES y no GES
 - Entrega de productos Programa Nacional Alimentación Complementaria.
 - Consulta pediatra y neurólogo infantil
 - Vacunación campañas nacionales
 - Evaluación oftalmológica y entrega de lentes población de 20 a 64 años.
 - Evaluación otorrino y entrega de audífonos población de 20 a 64 años.
 - Curación Avanzada de Heridas en diabéticos, curación tradicional
 - Radiografías convenio Hospital
 - Toma de Electrocardiograma

- Toma de exámenes sanguíneos
 - Toma de Espirometrías
 - Procedimientos en domicilio
 - Traslado a Centro de Diálisis y Centros de salud del nivel secundario o terciario.
 - Atención kinésica problemas de salud respiratorios crónicos, sala IRA/ERA
 - Atención población en tratamiento de TBC
- *Programa de promoción y Prevención*
- Talleres con organizaciones comunitarias
 - Consejo Consultivo Local
 - Feria anual de la Salud
 - Caminatas con población escolar
 - Consejerías individual y familiar

PRESTACIONES DE SALUD ESPONTANEAS

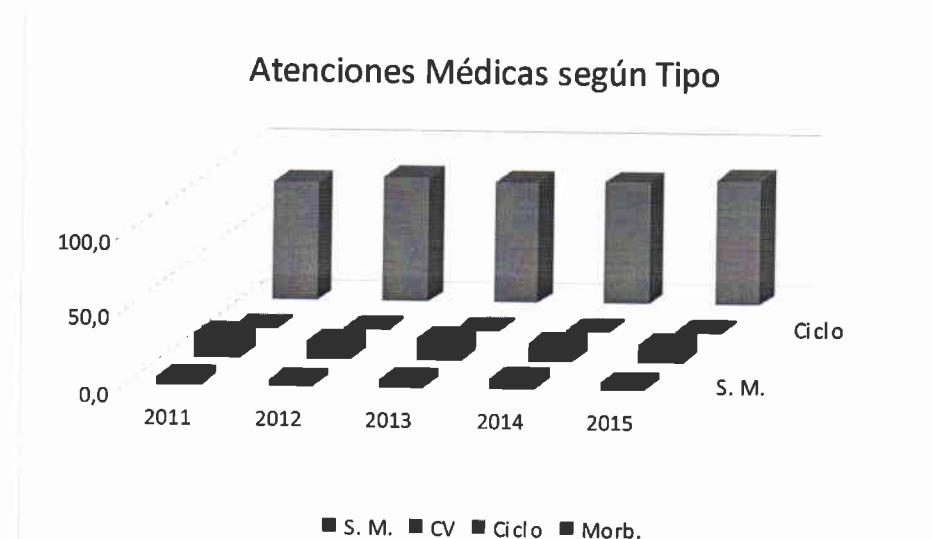
- Consulta médico o paramédico Servicio Urgencia Rural
- Consulta de urgencia por odontólogo
- Atención de patologías agudas con o sin riesgo vital
- Atención Prehospitalaria
- Traslados a centros del nivel secundario
- Vacunación Antitetánica y Antirrábica
- Toma de Electrocardiograma
- Evaluación y atenciones en domicilio

Grafico N°40: “Número de Atenciones médicas según periodo Septiembre 2014-Agosto 2015 en ambos Sectores de la Comuna”



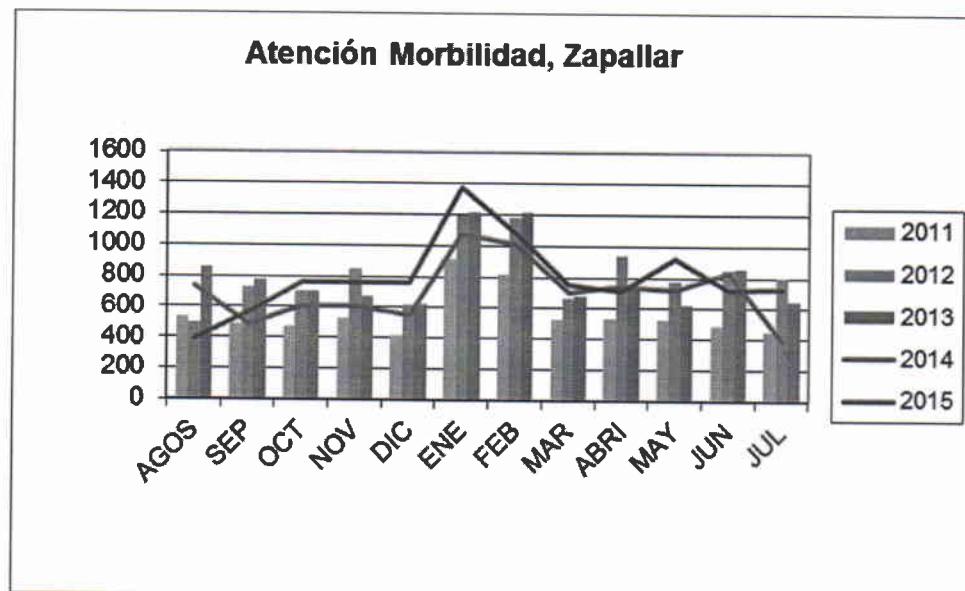
La atención Médica Comunal corresponde a un 46.6% de la totalidad de las atenciones otorgadas. Llegando a su pick en los meses de diciembre, enero y febrero. En el CESFAM de Zapallar solamente en estos tres meses se atiende a un 26.3% de la población total comunal atendida en el año.

Grafico N°41: "Número de atenciones médicas según tipo de atención en el periodo 2011-2015"



En el grafico n°41 se aprecia que no hay una variación en el periodo tiempo 2011-2015 según el tipo de atención en la cantidad de usuarios beneficiarios. Sigue siendo la atención de morbilidad, el tipo predominante de atención. Definiéndola como **"toda atención de la desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar"**. (OMS)

Grafico N°42: "Número de atenciones de Morbilidad en la Comuna de Zapallar, por mes y año."

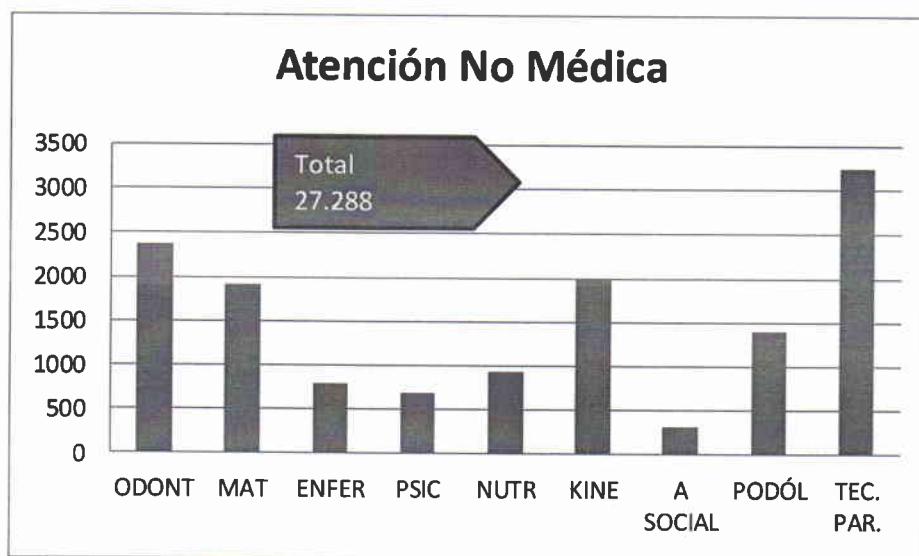


Debido a que la comuna de Zapallar actualmente es uno de los principales balnearios de la Quinta Región, la demanda de atención en salud conlleva un notable aumento en los meses de verano, donde la demanda asociada a patologías agudas llega a triplicar la de otros meses.

Atención Multiprofesional

Junto a la atención médica un equipo multidisciplinario se preocupa de cubrir las prestaciones de problemas de salud crónicos y agudos asociados a la canasta de prestaciones de la Atención Primaria. La atención no médica representa un 53.4% de las atenciones totales del año.

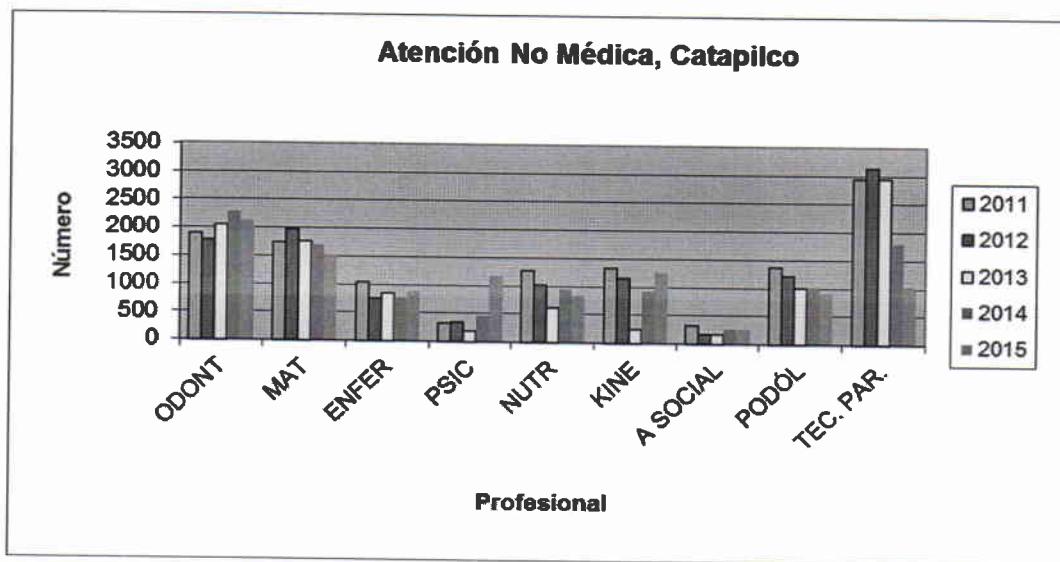
Grafico N°43: "Número de atenciones No Medicas, según profesional que otorga la atención".



El equipo de salud es definido como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible. En el grafico N°43 se muestra del total de atenciones no medicas el grupo de mayor numero de atenciones son los técnicos paramédicos, quienes son la base de la atención primaria y parte fundamental para el equipo de Salud.

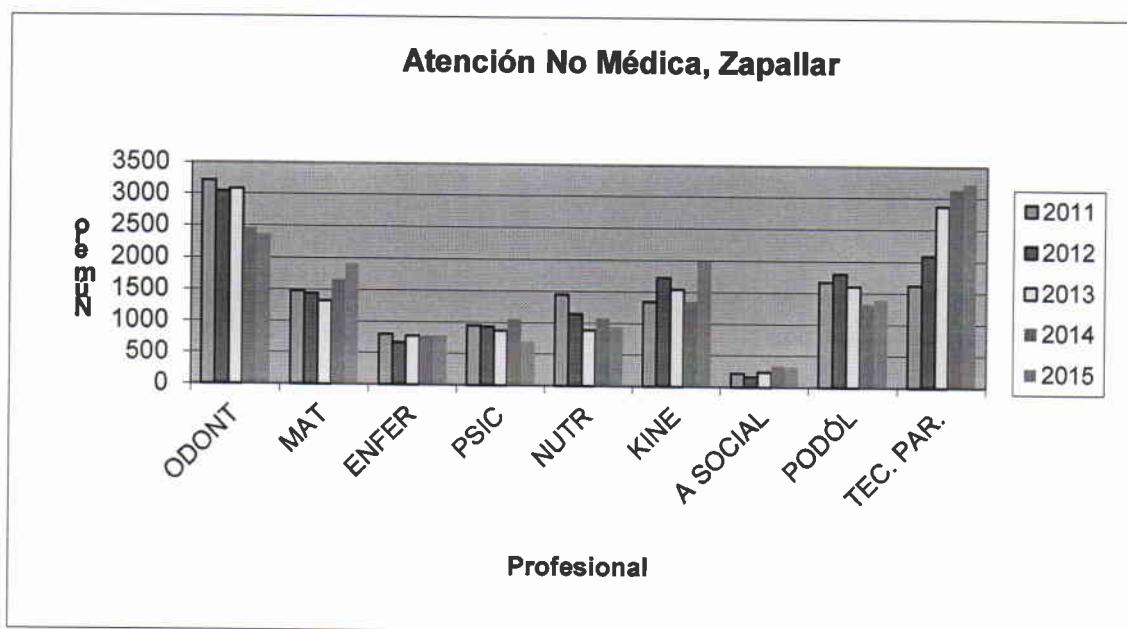
Del grupo de profesionales no médicos, hay un mayor número de atención de odontólogos, kinesiólogos y matronas , equipos trasversales en la atención del ciclo vital.

Grafico N°44: "Número de atenciones No Medicas, según profesional que otorga la atención en Sector Catapilco, periodo 2011-2015"



El grafico N°44 nos describe la evolucion de atenciones no médicas durante el periodo de años 2011-2015, donde disminuye notoriamente la atención por personal Técnico Paramedico, esto se debe al traspaso de las consultas espontaneas del Servicio de Urgencia Rural de Catapilco al profesional médico; mejorando de esta forma la resolutividad en problemáticas de carácter agudo, disminuyendo la congestión de las agendas médicas de atención primaria y por supuesto mejorando la calidad de atención al usuario.

Grafico N°45: "Número de atenciones No Medicas, según profesional que otorga la atención en Sector Zapallar, periodo 2011-2015"

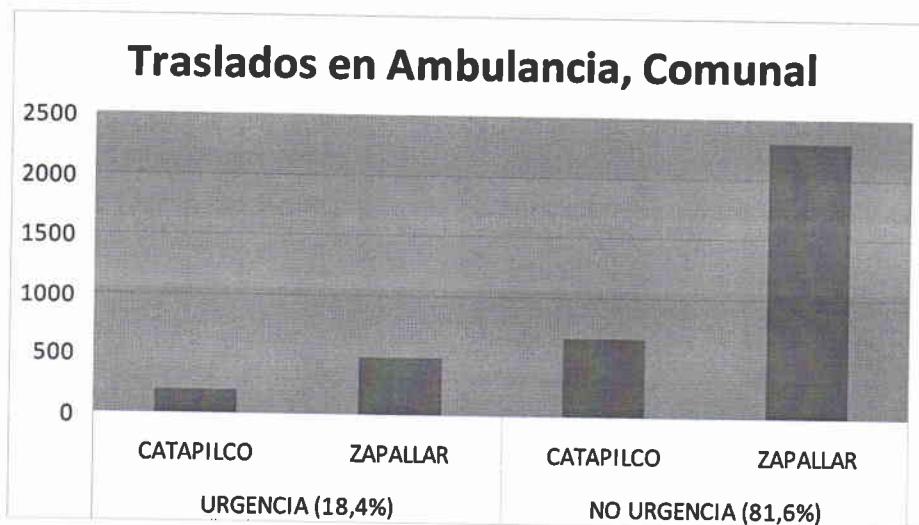


En el sector de Zapallar se muestra un incremento en la atención de la mayoría de los profesionales no médicos en el periodo 2011-2015. Incremento que va en relación con el aumento de la Población inscrita en la Comuna.

Atención de urgencia

Con la finalidad de satisfacer la demanda de salud usuaria se ha fortalecido el Servicio de Urgencia Rural, unidad que se mantiene funcional las veinticuatro horas al día, los siete días de la semana. Para asegurar la continuidad del servicio, a partir del año 2014, se incorporó a la dotación personal técnico paramédico y conductor de refuerzo en horario inhábil. Permitiendo de esta manera que los traslados a centros hospitalarios no interfieran con la disponibilidad de atención en la comuna, especialmente en el periodo de verano (Grafico n°40).

Grafico N°46: "Número de Traslados en Ambulancia realizados de Urgencia o No Urgencia en ambos Sectores de la Comuna"



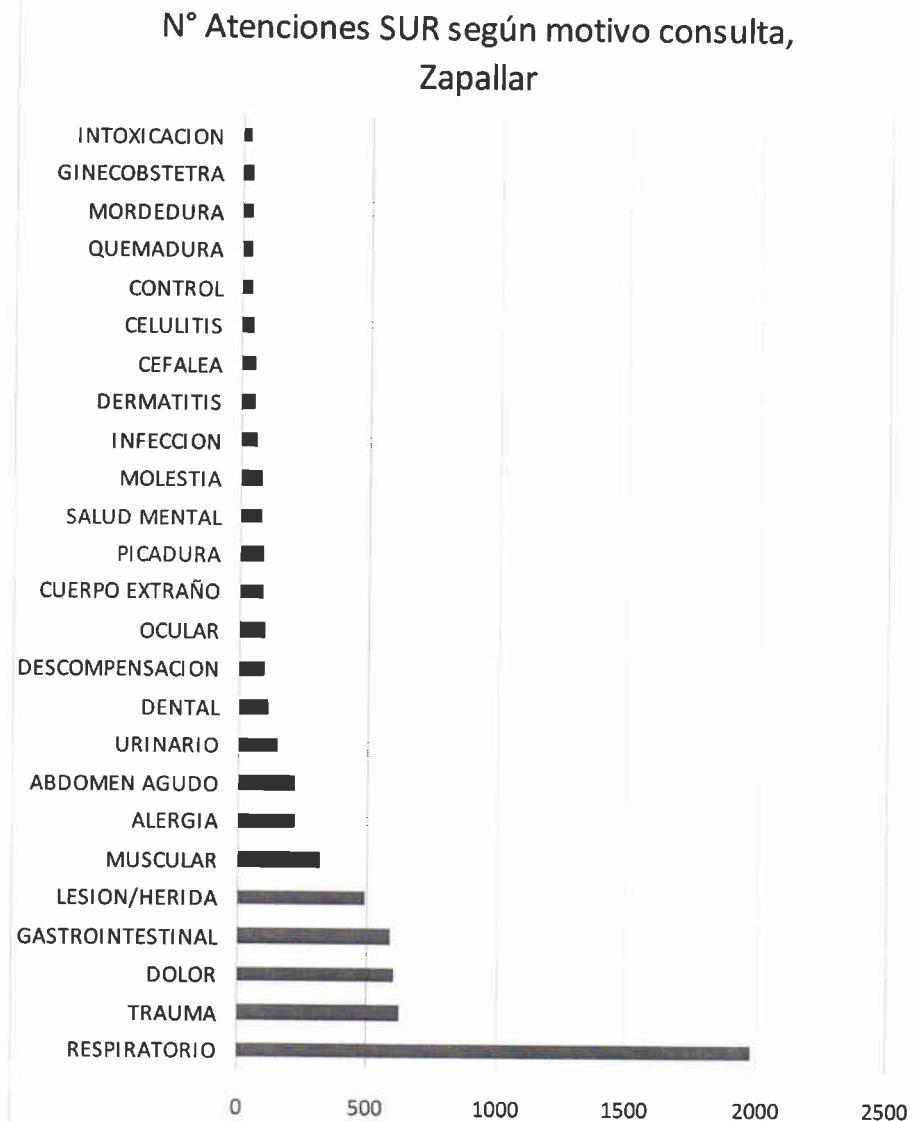
Respecto a los traslados en ambulancia podemos evidenciar que un 81.6 % del total de traslados corresponde a movilización de pacientes dentro de la comuna, ya sea para acercamiento de los profesionales a los domicilios de los pacientes con dependencia severa o grave incorporados en el programa de atención domiciliaria, o para pacientes de riesgo que presentan dificultades físicas para acercarse al centro de salud.

Atención de urgencia

Dentro de las patologías atendidas con mayor incidencia son las Respiratorias, Traumatológicas y Gastrointestinales similar a la realidad nacional.

Principalmente las atenciones de carácter respiratorio alcanzan un numero de 1.981 atenciones al año, alcanzando un 24.6% del total de demandas. Las patologías respiratorias agudas han sido la principal causa de consulta en atención primaria y SAPU, constituyendo un 60% de consultas a nivel Nacional. Basandonos en esto se hace importante recalcar la importancia de la Campaña de invierno a nivel local.

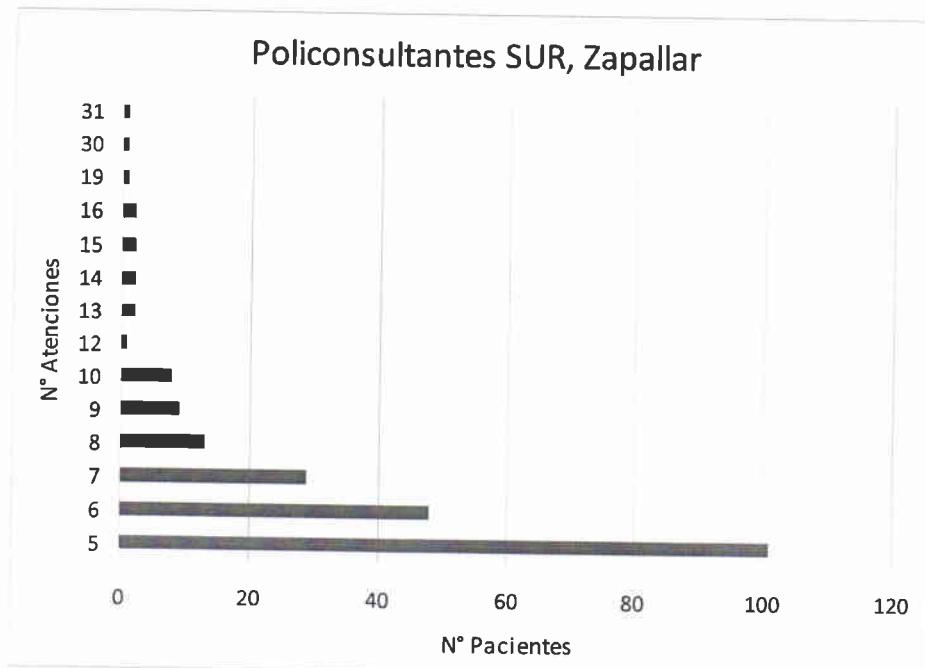
Grafico N°47



Policonsultantes en SUR (Servicio de Urgencia Rural):

El usuario policonsultante se define como aquel paciente que acude siete o más oportunidades en demanda de atención por distintos síntomas. En el siguiente grafico se muestra el número de atenciones por paciente. Se aprecia que en la mayoría de los pacientes (45.9%) el número de consultas está en un promedio de cinco al año. Un 9% de la población atendida en SUR consulta más de 10 veces al año.

Grafico N°48

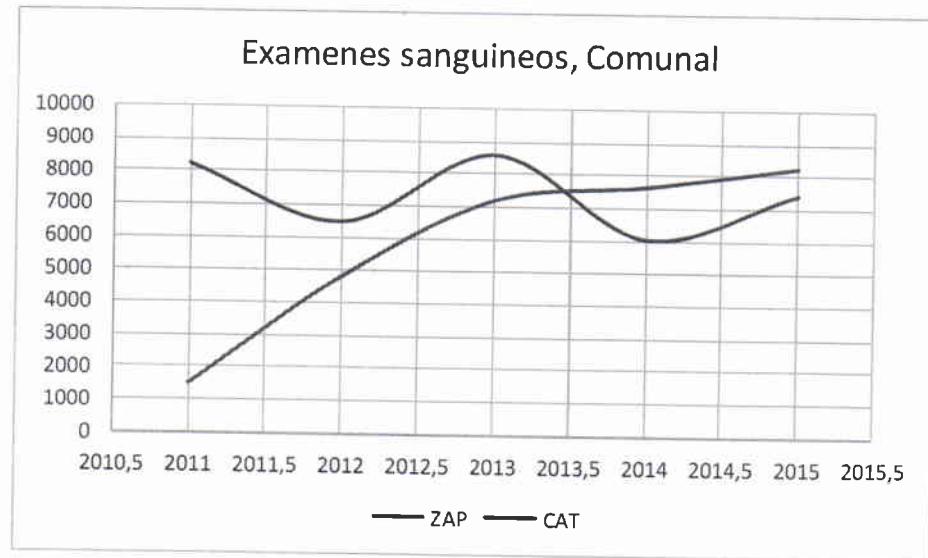


Estos pacientes acuden por una necesidad real multicausal y debemos lograr un cambio en la metodología y en el enfoque dirigido a sus consultas para poder así manejarlos mejor, evitando el desgaste del equipo y la permanencia del usuario en este círculo de consulta.

Exámenes diagnostico

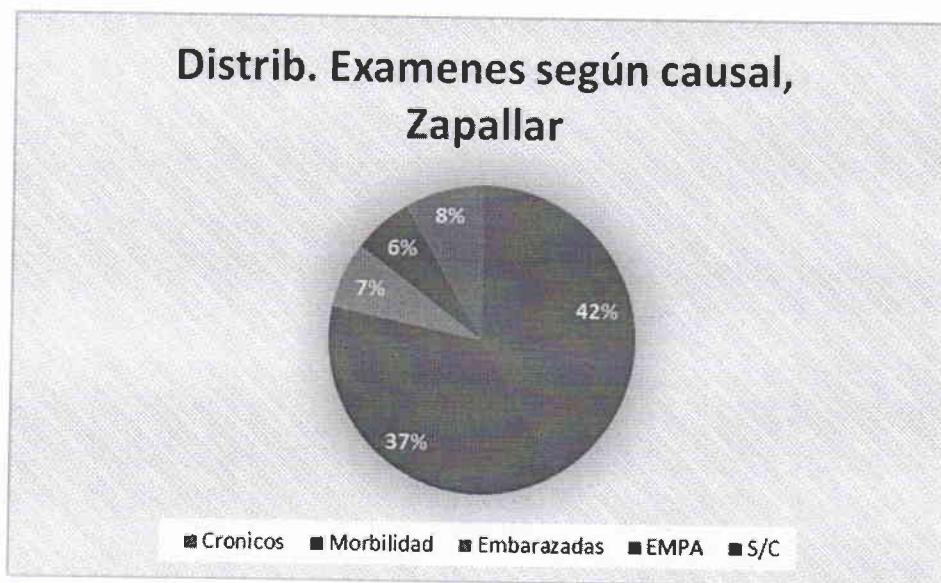
Dentro de los convenios con financiamiento municipal se encuentra el Análisis de muestras sanguíneas, parte fundamental de la atención integral de los usuarios en los diferentes Programas de Salud para el diagnóstico y seguimientos de patologías.

Grafico N°49



El grafico N°49 nos muestra que actualmente se toman 8.245 exámenes al año en el Sector de Zapallar, 5 veces más exámenes que en el año 2011. En Cambio en el Sector de Catapilco se mantienen cifras parecidas, con una oscilación entre los años 2012 y 2014, actualmente la tendencia es al aumento. En promedio cada usuario accede a la toma de exámenes sanguíneos cinco veces al año, y se realiza el análisis de al menos seis exámenes distintos en cada oportunidad.

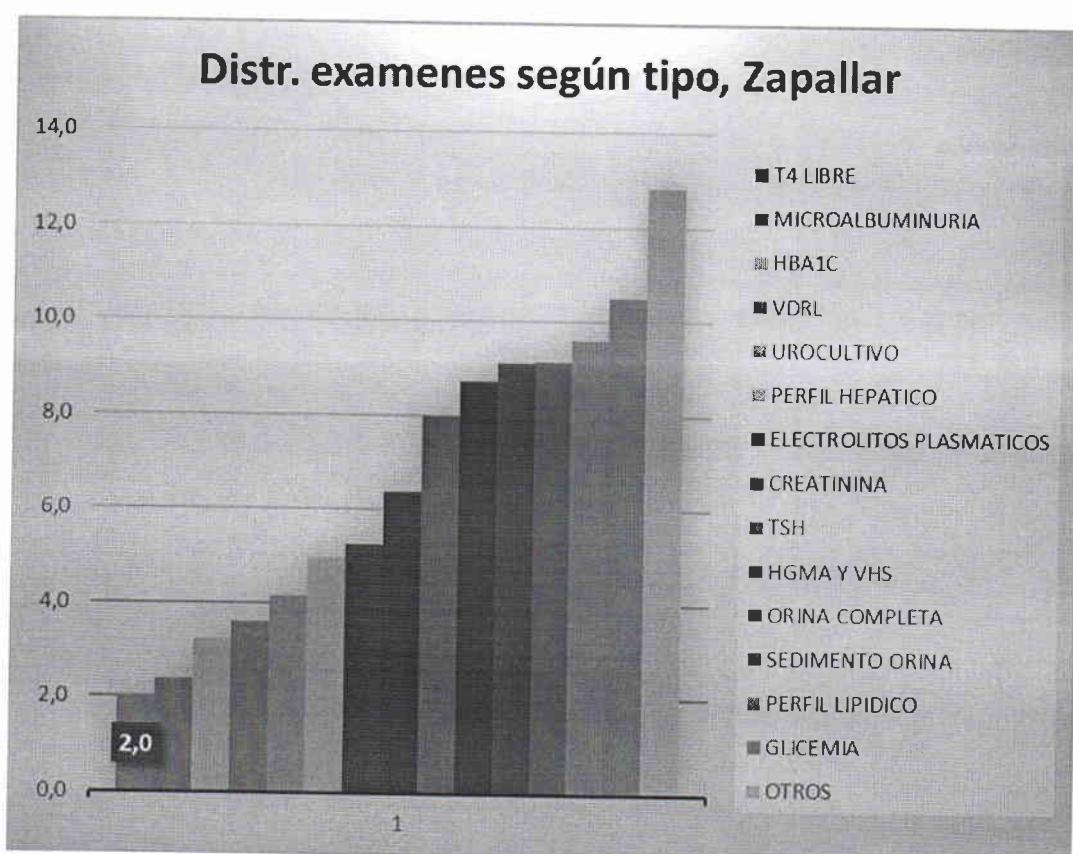
Grafico N°50: "Porcentaje de distribución de los exámenes según Programa de Atención"



Las enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte en Chile es por esto que a partir del año 2009 el Minsal ha promovido que se realicen evaluaciones de riesgo, dando un nuevo enfoque a la atención de los usuarios, para la detección de algunos riesgos asociados se dispone de exámenes sanguíneos seriados para la población de mayor riesgo Por lo cual la distribución de los exámenes corresponde a un 43% en la población Cardiovascular.

Junto a este enfoque va de la mano la prevención como se observa en el gráfico N°50 un 37% de los exámenes tomados en Sector Zapallar pertenece a algún tipo de morbilidad y un 6% al Examen preventivo del Adulto.

Grafico N°51 "Número de exámenes según tipo de examen en Sector Zapallar"

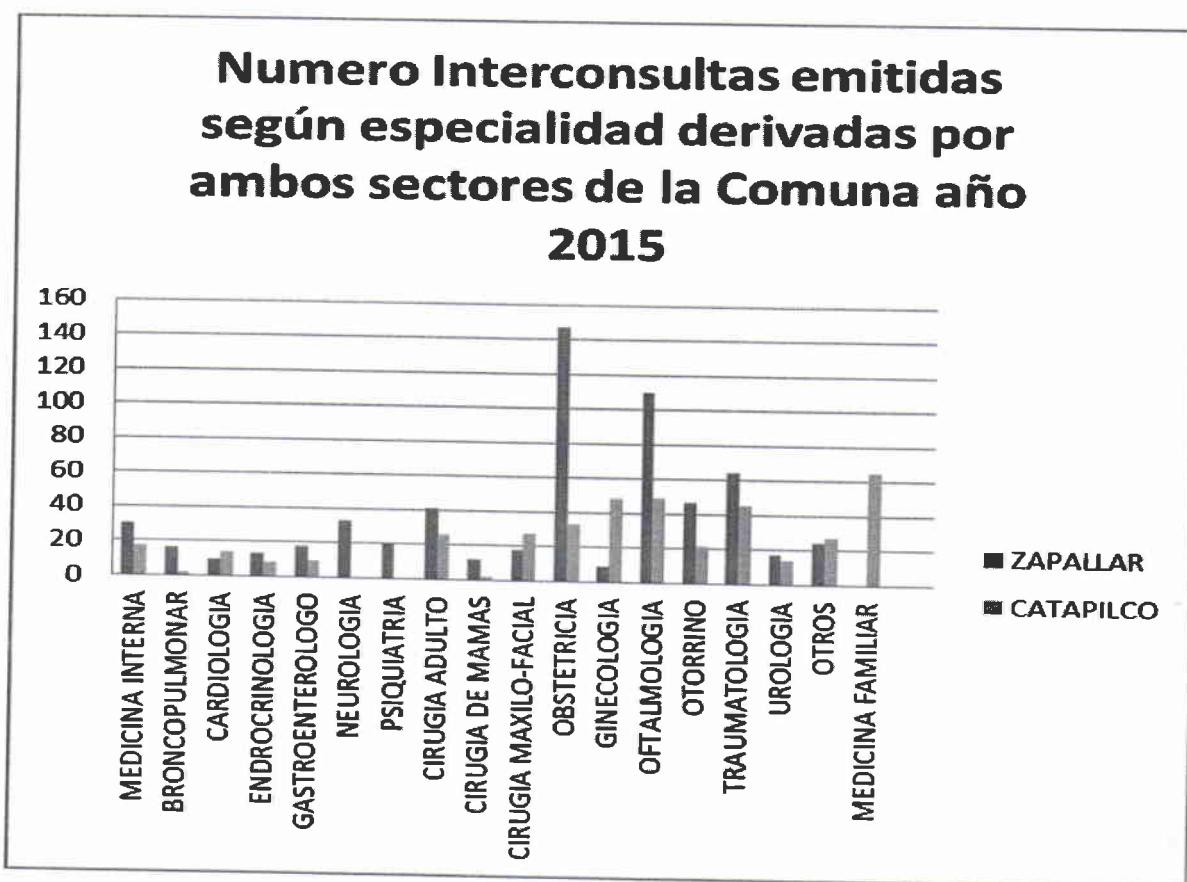


La Organización Mundial de la Salud estima que el 80% de los ataques cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón y diabetes podrían prevenirse a través del control de sus principales factores de riesgo (FR): alimentación no saludable, tabaquismo, inactividad física y consumo excesivo de alcohol, dado la asociación que existe entre estos factores con presión arterial elevada, hiperglicemia e hiperocolesterolemia .El Grafico N°51 nos muestra como efectivamente nuestras acciones van dirigidas a la detección precoz, siendo los exámenes más realizados glicemia y perfil lipídico.

Interconsultas

La interconsulta es la derivación de un paciente, por parte del médico tratante o profesional no médico, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.

Grafico N°52



En base a los programas ministeriales se hace necesario solicitar evaluaciones por especialistas del área gineco-obstetrica, debido al control prenatal que requieren las pacientes gestantes. Y la pesquisa oportuna de pacientes que se encuentren con alto riesgo obstétrico, hecho que explica la diferencia sustancial entre este tipo de derivaciones y aquellas dirigidas a otras especialidades.

En relación a la evaluación oftalmológica y con el aumento sostenido de la población mayor de 65 años, se hace necesario y notorio el incremento de la evaluación de patologías oftalmológicas tales como vicios de refracción y cataratas.

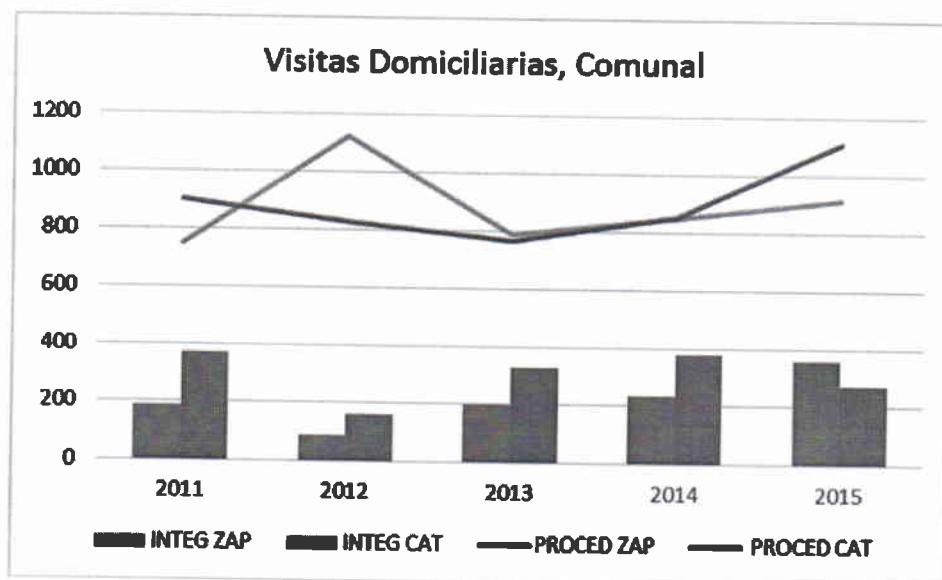
En relación a la patología osteomuscular su incidencia ha aumentado tanto a nivel local como nacional, debido a sedentarismo y malos hábitos de vida, que a la larga generan daño en las articulaciones generando artrosis o síndromes de dolor lumbar.

Visita Domiciliaria Integral

La VDI es una actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar, solicitada por la familia o sugerida por el equipo y en que la necesidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica se hace relevante. Esta actividad debe ser acordada con la familia.

La VDI es en parte diagnóstica y en parte terapéutica, ya que además de permitir recopilar información, se presta para efectuar acciones preventivas o de consejería.

Grafico N°53



La gama de prestaciones en salud es variada, sin embargo algunas atenciones se deben priorizar, para cumplir con los requerimientos Ministeriales estipulados en los Índices de Atención Primaria y Las Metas sanitarias. En cuanto a la evaluación con corte septiembre, el nivel de cumplimiento ha sido el siguiente:

Tabla n°6

I. Índice de Actividad de la Atención Primaria 98,37%

INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Cobertura EMP hombre 20 a 44 años	100%
Cobertura EMP mujeres 45 a 64 años	100%
Cobertura EFAM	100%
Ingreso embarazo antes de las 14 semanas	100%
Altas odontológicas menor de 20 años	100%
Gestión de reclamos	100%
Cobertura de Diabetes Mellitus	100%
Cobertura de Hipertensión Arterial	100%
Recuperación niños con déficit DSM	83,7%
Visita Domiciliaria Integral	100%

Tabla n°7

II.- Metas Sanitarias o Compromisos de Gestión 99,89%

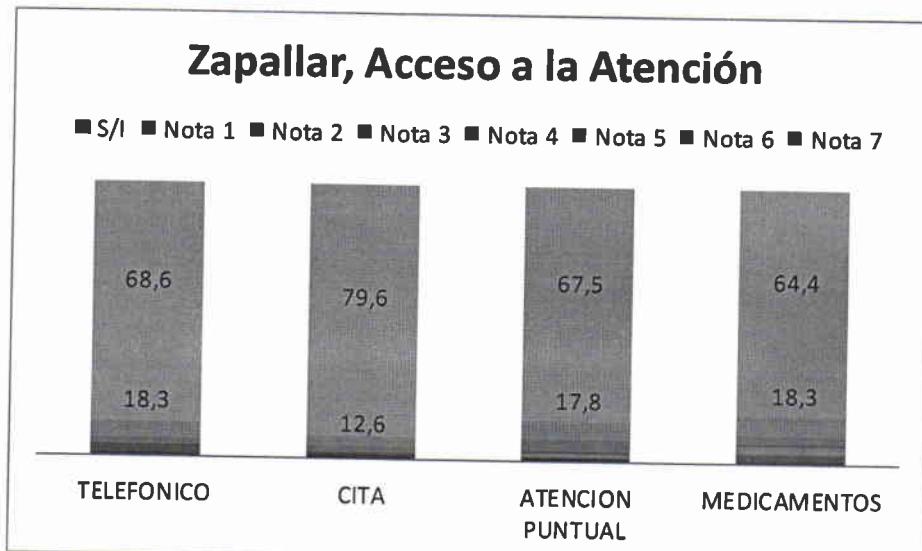
INDICADOR	CUMPLIMIENTO
Recuperación desarrollo psicomotor	100%
Mujeres con PAP vigente	100%
Alta Odontológica 12 años	88%
Alta odontológica embarazadas	100%
Alta odontológica 6 años	100%
Compensación diabetes	100%
Compensación hipertensión	100%
Obesidad en menores de 6 años	100%
Consejo de desarrollo funcionando	100%
Evaluación de pie diabético	100%

PARTICIPACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La encuesta de Satisfacción usuaria tiene como objetivo la obtención de información relevante desde los usuarios en relación a la atención y a partir de los resultados dar a conocer, adaptar y perfeccionar las prácticas para su implementación, logrando una mejora en la calidad de la atención hacia el usuario.

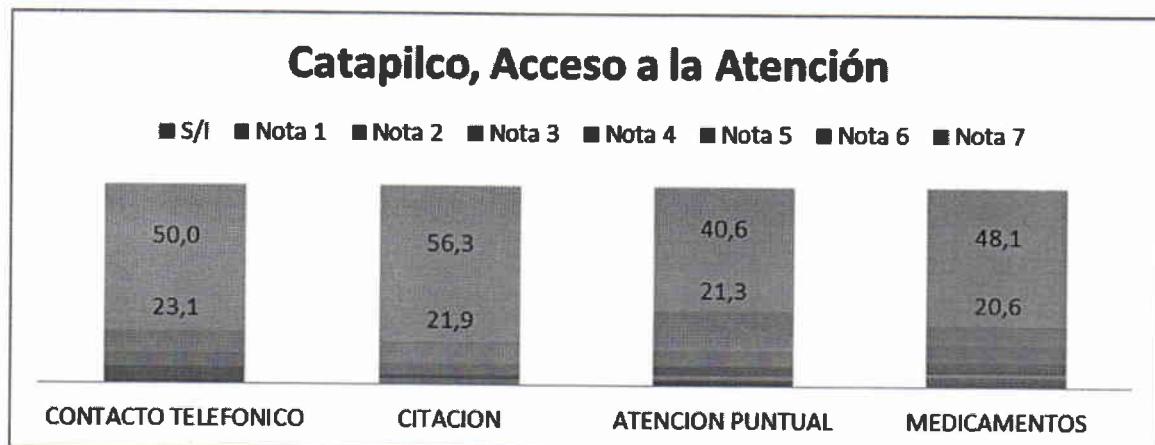
Esta estrategia de automonitoreo en Atención Primaria y paralelamente en el Servicio de Urgencia Rural, se ha mantenido por segundo año consecutivo, alcanzándose los siguientes resultados:

Grafico N°54:



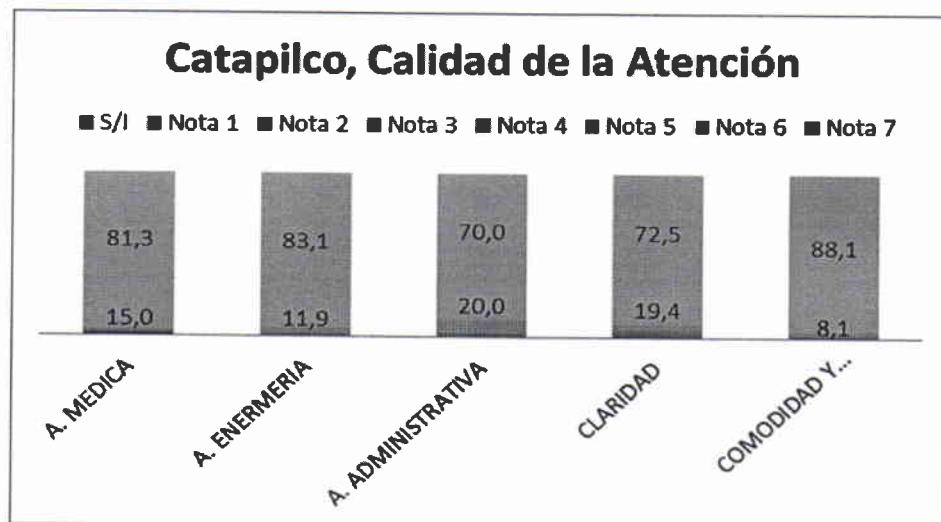
En el grafico N°54 se muestra que un mayor porcentaje de la población califica con la nota 7, máxima puntuación, los diferentes ítems relacionados con el acceso oportuno a la atención y medicamentos.

Grafico N°55:



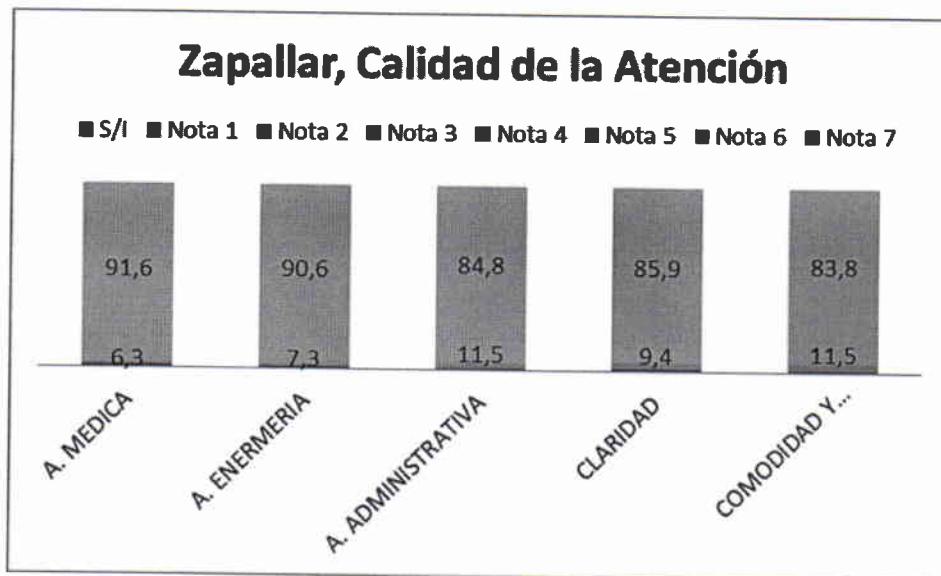
En el Grafico N°55 se evidencia una distribución respecto a la evaluación de los usuarios sobre el acceso a la atención en el Sector Catapilco en el mayor porcentaje dividiéndose entre la nota 7 y 6 de evaluación, manteniendo de la misma manera que Zapallar con una buena calificación de los usuarios.

Grafico N°56



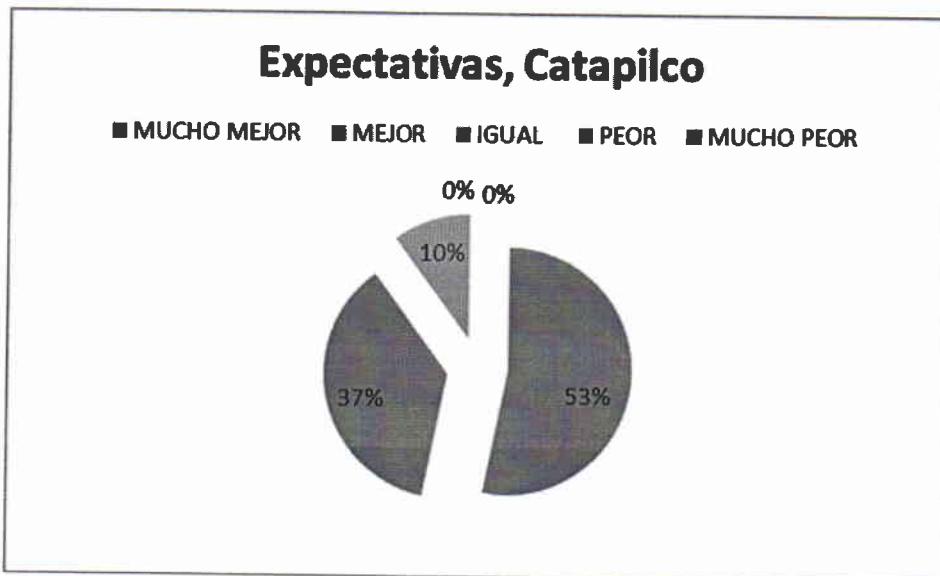
La evaluación de los usuarios pertenecientes a Catapilco se mantiene constante entre las notas más altas siete y seis, siendo en todas las áreas que describen la calidad de atención otorgadas evaluadas por igual.

Grafico N°57



Con respecto a los diferentes aspectos de la atención se mantiene la evaluación por los usuarios de Catapilco entre las notas más altas siete y seis, siendo el aspecto mejor evaluado la comodidad y limpieza del box.

Grafico N°58



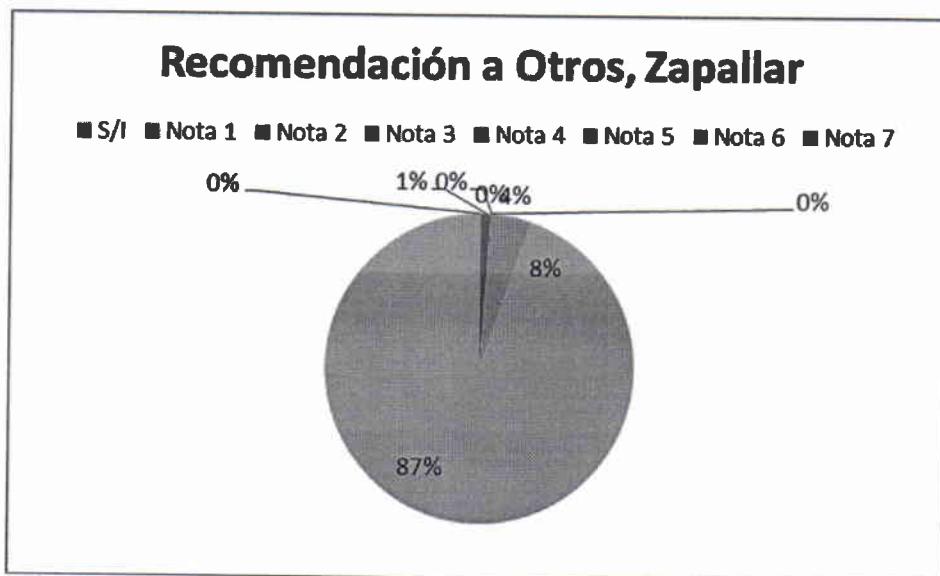
Al consultar sobre las expectativas de la atención por los usuarios de Catapilco un 53% refiere que la atención otorgada fue Mucho mejor de lo esperado y un 47% porciento restante se divide entre igual o mejor de lo esperado.

Grafico N°59



En Zapallar al consultar sobre las expectativas de la atención por los usuarios de un 64% refiere que la atención otorgada fue Mucho mejor de lo esperado y un 32% porciento refiere que fue mejor de lo esperado.

Grafico N°60



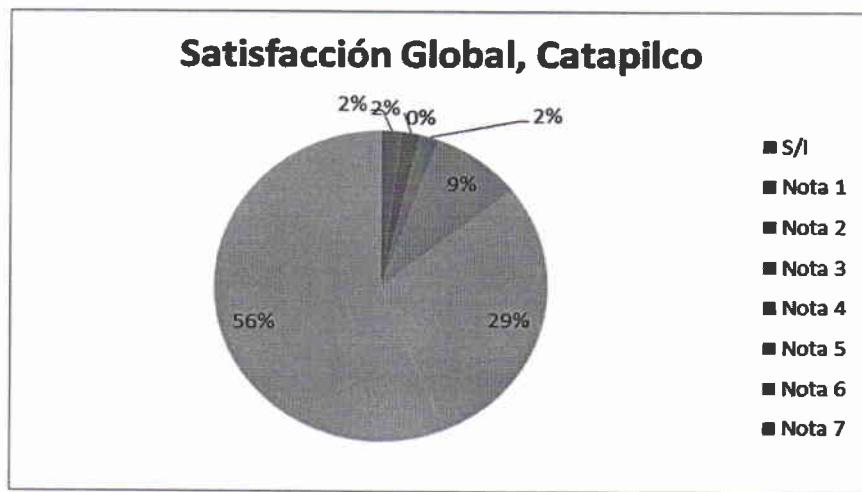
De los usuarios encuestados sobre la pregunta ¿Cuál es su disposición al recomendar, en una escala del uno al siete el 87% de los usuarios si lo recomendaría (nota siete).

Grafico N°61



De los usuarios encuestados en sector Catapilco sobre la pregunta ¿Cuál es su disposición al recomendar, en una escala del uno al siete? La opinión se divide entre 63% con una nota siete y 23% con nota seis, siendo la nota siete, si lo recomendaría.

Grafico N°62



En el grafico N°62 nos muestra la Satisfacción Usuaria esta tiene la finalidad de medir el nivel de conformidad o disconformidad de los usuarios de esta institución con el sistema de salud, para el sector de Catapilco un 56% de la Población encuestada considera la atención como Muy satisfactoria (nota siete), un 29 % otorga una nota seis y solo un 9% una nota cinco.

Grafico N°63



En el grafico N°63 nos muestra el porcentaje de Satisfacción midiendo el nivel de conformidad o disconformidad de los usuarios la institución de salud, para el sector de Zapallar un 75% de la Población encuestada considera la atención como Muy satisfactoria, nota siete, y un 23 % entre nota cinco y seis.

Se observa una tendencia hacia la valoración de parte del usuario hacia la atención otorgada por ambos sectores, con un grado de Satisfacción alta llegando incluso a recomendar la atención otorgada.

Organizaciones Sociales y Comunitarias

Tabla n°8 Actualmente existen 85 organizaciones sociales

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	ZAPALLAR	CACHAGUA	LAGUNA	CATAPILCO
Juntas de Vecinos	3	2	3	6
Centros de Madres	3	2	1	5
Padres y apoderados	2	1	0	2
Grupos juveniles	0	0	1	1
Grupos deportivos	2	1	0	3
Adulto Mayor	1	1	1	2
Comités de diversa índole	13	8	3	18

Tabla n°9

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	CANTIDAD EXISTENTE
Juntas de Vecinos	14
Centros de Madres	11
Padres y apoderados	5
Grupos juveniles	2
Grupos deportivos	6
Adulto Mayor	5
Comités de diversa índole	42

III.- DIAGNOSTICO DE SALUD PARTICIPATIVO

El diagnóstico participativo constituye una oportunidad democrática para que toda la comunidad participe en la construcción de una planificación en común. En este sentido, las organizaciones comunitarias deberán buscar la participación amplia y activa de sus miembros y, en lo posible, de toda la comunidad, desde la definición de problemas hasta la formulación de conclusiones. Y el Equipo de Salud deberá acoger e invitar a todas las organizaciones activas de la comunidad.

Es importante que la comunidad no se limite a actuar como "fuente de información" sino que, por el contrario, conozca y participe en la formulación de los objetivos, métodos y en los resultados de la realidad que diagnostica. Con la finalidad de recoger las impresiones y destacar las expectativas en relación a los actuales problemas de salud en la comuna de Zapallar, es que se realiza una convocatoria a las diversas organizaciones comunitarias para elaborar en conjunto un diagnóstico con características participativas, que permita entregar opciones o directrices de trabajo en relación a lo que la misma comunidad propone o plantea como actual problema de salud. Para ello se trabaja con las herramientas FODA y Matriz de Priorización, los cuales ordenan y permiten aterrizar las posibilidades de trabajo de estrategias de mejoramiento de cada problema planteado.



Para lograr nuestros objetivos se constituye un equipo de trabajo, el cual se hace responsable de la conducción del proceso diagnóstico, delimitando el área geográfica para esta intervención, diferenciando las problemáticas de salud entre la población usuaria de Catapilco y de Zapallar.

Se realizó la convocatoria de las diferentes organizaciones vía telefónica, invitaciones impresas, paneles con afiches dentro del sector y entregas de invitaciones en supermercados y ambos CESFAM.

La convocatoria el día del dialogo ciudadano es de 20 personas en el sector de Catapilco, representantes de seis organizaciones del intersector. Y en el sector de Zapallar 16 personas representantes de tres organizaciones del intersector.

Se trabajó con una metodología de trabajo grupal con tarjetas de alerta para diferenciar fortalezas y debilidades de salud y herramientas como la Matriz de priorización de problemas.



Conclusiones matriz priorización a nivel Comunal

En esta primera etapa diagnóstica y de acuerdo y resumiendo a los antecedentes y aportes que entregaron los asistentes a la actividad de Diálogo Participativo, se pueden destacar dentro de lo que la comunidad prioriza como problemática:

1. Entrega de medicamentos en Farmacia en sector Catapilco que en ocasiones depende del sistema de receta electrónica.
2. Atención domiciliaria a Adultos Mayores, se solicita priorizar la atención considerando la dispersión geográfica de la localidad de Catapilco.
3. Atención integral al cuidador de adultos mayores o usuarios con dependencia severa, no sólo pertenecientes a los programas domiciliarios.
4. Participación del equipo de salud de Zapallar en la red local e intersector. Mayor presencia en las reuniones del intersector y coordinación con los demás sectores.
5. Mejoramiento de la Infraestructura del Cesfam Zapallar, que sea más adecuado en espacios y acceso Problemas en la infraestructura del Cesfam, debido a la falta de espacio para actividades de salud en conjunto con la comunidad. Se plantea además la necesidad de instalación de pasamanos para el acceso a los usuarios(as), ya que representa un riesgo para la comunidad, sobre todo para los adultos mayores que acceden al establecimiento.
6. Retraso en la resolución de interconsultas. Se plantea que existe un alto índice de listas de espera en Hospitales y no existe una solución local para ello. Se sugiere consultar cada cierto tiempo y no esperar a que la respuesta de hora de especialidad tan sólo llegue.

Dentro de las problemáticas planteadas podemos decir que algunas de las problemáticas no están dentro de la capacidad de resolución del propio centro de salud como por ejemplo las listas de espera de interconsultas están relacionadas a problemáticas a nivel país asociadas a una falta de horas especialistas por lo cual la solución a nivel local será brindar a ese usuario desde nuestra capacidad como centro la mejor atención posible y ayuda para la compensación de esa patología o alivio de la sintomatología hasta la llegada de la hora especialista. En relación a la infraestructura nos mantenemos trabajando para mejorar la infraestructura que tenemos actualmente y realizando gestiones para una solución mayor de las problemáticas de espacio. El diagnóstico nos ayuda a delimitar nuestro campo de acción, realizando una síntesis de todo el trabajo desarrollado anteriormente, de esa manera además estamos facilitando la etapa siguiente que corresponde a formular soluciones. Así un diagnóstico en el que participa la comunidad será un retrato de la necesidad real y por tanto un medio más eficaz para la solución de sus problemáticas.

IV.- FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO DEPARTAMENTO DE SALUD

El financiamiento se obtiene de dos fuentes, siendo el aporte municipal superior al otorgado por población percapitada, condición que permite contar con una amplia canasta de prestaciones y cobertura médica continua durante todo el año. Además de refuerzos de personal en las épocas estivales, fines de semana largo y verano.

Grafico N°64

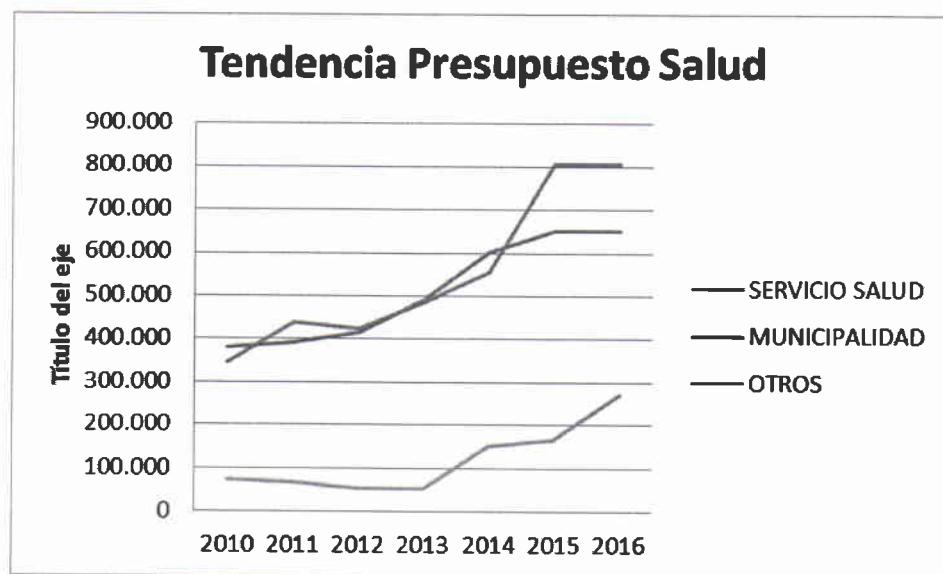


Tabla n°10: Ingresos

DENOMINACION	PRESUPUESTO VIGENTE
DEUDORES PRESUPUESTARIOS	1.793.782.721
C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES	1.457.000.000
DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	1.457.000.000
DEL SERVICIO DE SALUD	652.000.000
DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTIÓN	805.000.000
C X C INGRESOS DE OPERACIÓN	26.000.000
VENTA DE SERVICIOS	26.000.000
VENTA DE SERVICIOS (ZAPALLAR)	24.000.000
VENTA DE SERVICIOS (CACHAGUA)	500.000
VENTA DE SERVICIOS (CATAPILCO)	1.500.000
C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES	40.300.000
RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	6.000.000
ART.12 LEY N° 18.196 Y LEY N° 19.117 ART ÚNICO	6.000.000
OTROS	34.300.000
OTROS	34.300.000
SALDO INICIAL DE CAJA	270.482.721

Tabla n°11: Egresos

DENOMINACION	PRESUPUESTO VIGENTE
ACREEDORES PRESUPUESTARIOS	1.793.782.721
C X P GASTOS EN PERSONAL	992.900.000
C X P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	734.795.883
C X P OTROS GASTOS CORRIENTES	2.000.000
C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	57.418.763
C X P SERVICIO DE LA DEUDA	6.668.075

Convenios con financiamiento SSVQ

Tabla n° 12

CARACTERISTICAS	TOTAL CONVENIO
Convenio apoyo a la gestión digitadores	\$3.849.164
Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa	\$2.997.480
Programa fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud	\$8.532.576
Convenio modelo de atención con enfoque familiar en la atención primaria	\$1.501.789
Imágenes diagnosticas	\$6.670.000
Convenio de ejecución programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial en las redes asistenciales	\$15.317.133
Convenio programa de atención de urgencia en consultorios generales rurales (sur baja)	\$22.496.660
Programa piloto vida sana	\$13.353.688
Programa resolutividad en APS	\$8.384.032
Convenio SAPU de verano	\$38.262.064
Apoyo diagnostico radiológico neumonia	\$600,000
Programa mejoramiento del acceso a la atención odontológica	\$10.462.198
Programa odontológico GES	\$10.391.153
Programa odontológico integral	\$22.989.042
Programa sembrando sonrisas	\$1.389.692
Programa especial de control de las enfermedades respiratorias salas mixtas	\$11.865.564

Apoyo a la gestión a nivel local: vacunación antiinfluenza en APS	\$100.000
Convenio capacitación funcionaria municipal	\$1.303.213
Campaña invierno	\$139.046
Convenio programa plan de mantenimiento	\$5.750.000
Convenio apoyo a la gestión a nivel local refuerzo consultorios continuidad	\$2.181.549

Convenios con financiamiento Municipal

Tabla n°13

	CONVENIOS	MONTO
1	Imágenes diagnósticas, radiografías, ecografías y ecotomografías	2.744.320.-
2	Análisis de muestras sanguíneas	6.429.229.-
3	Suministro de oxígeno	1.041.782.-
4	Electrocardiografía Telemedicina	4.420.032.-
5	Manejo y eliminación de residuos contaminados	

V.- RECURSO HUMANO

La dotación de Recurso Humano para el año 2016, se distribuye de la siguiente manera:

Tabla n°14

ESTAMENTO	CATEGORIA	Nº DE FUNCIONARIOS	HORAS SEMANALES
Director Salud	B	1	44
Médico	A	4	172
Odontólogo	A	5	120
Químico	A	1	22
Farmacéutico			
Enfermera	B	2	88
Matrona	B	2	88
Nutricionista	B	2	66
Asistente social	B	1	44
Psicóloga	B	4	110
Kinesiólogo	B	3	110
Técnico Nivel Superior	C	13	572
Técnico Paramédico	D	15	660
Administrativos	E	4	220
Auxiliar de aseo	F	17	748

VI.- PLAN DE CAPACITACION

ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						Nº HORA S PEDA GOGI CAS
		A (Médicos, Odont, QF etc.)	B (Otros Profesio- nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Adminis- trativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	
1 Actualización Enfermedades respiratorias del niño en APS	Incorporar conocimientos actualizados frente a patologías respiratorias infantiles dentro de su quehacer cotidiano	2						2 8
2 Jornada clínica en diabetes y/o educadores en diabetes	Entregar cuidados profesionales específicos de patologías cardiovasculares	2						8
Actualización manejo de pacientes ECNT	Entregar conocimientos actualizados para el manejo clínico de las ECNT del adulto	2						8
3 Consejería breve	Proporcionar orientación sistematizada al usuario frente a la prevención del hábitos nocivos			2				8
Consejería familiar	Proporcionar orientación sistematizada al usuario frente a problemáticas familiares		2					16
Técnicas de intervención familiar	Incrementar las habilidades de los profesionales para el trabajo efectivo con familias		2					16
4 Técnicas de aseo y desinfección de dependencias clínicas	Contribuir eficientemente con los procesos de control sanitario del centro de salud		2					16
5 Formulación y evaluación de indicadores de calidad	Incorporar herramientas para enfrentar el proceso de acreditación de establecimientos de atención abierta		2				2	8
6 BLS para no médicos	Actuar eficientemente frente a una urgencia con riesgo vital		4	4	4		2	20
		4	8	6	4		2	140

ACTIVIDADES DE CAPACITACION	FINANCIAMIENTO					COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
	ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	ORGANISMO EJECUTOR		
Actualización Enfermedades respiratorias del niño en APS	80000			80000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Abril
Jornada clínicas en diabetes y/o educadores en diabetes	100000			100000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Agosto
Actualización manejo de pacientes ECNT	150000			150000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Agosto
Consejería breve	200000			200000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Febrero
Consejería familiar	200000			200000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Febrero
Técnicas de intervención familiar	200000			200000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Febrero
Técnicas de aseo y desinfección de dependencias clínicas	150000			150000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Junio
Formulación y evaluación de indicadores de calidad	250000			250000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Noviembre
BLS para no médicos	600000			600000	EXTERNO	Encargado capacitacion	Junio
	780000	1150000		1930000			Agosto

VII.- PLAN DE ACCIÓN

GESTIÓN COMUNAL TRASVERSAL

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Consolidar Modelo de Salud Familiar en los centros de salud de la comuna	Mantener el nivel de desarrollo centro de salud familiar medio-superior	<p>Programación anual de actividades familiares por centro de salud</p> <p>Protección de espacios de coordinación y discusión entre el equipo de salud</p> <p>Reforzar acciones de carácter preventivo comunitario</p> <p>Incentivar la participación comunitaria en problemáticas de salud</p>	Categorización SSVQ	Director DESAM	Registro local mensual
Mejorar resultados de satisfacción useria	Alcanzar evaluación igual o mayor a 6,8 en satisfacción global de la atención de los centros de salud	<p>Mantener evaluación de satisfacción useria durante año corrido</p> <p>Implementar mejoras de problemas detectados en encuesta 2015</p>	Calificación promedio 6,8 o mayor, de una muestra encuestada de al menos el 20% de las atenciones anuales	Asistente social	Registro local trimestral
Iniciar proceso de preparación para la acreditación de centros de atención abierta	Avanzar en el proceso de preparación al menos hasta la creación y evaluación de indicadores de calidad	<p>Formación del comité de calidad</p> <p>Formular y ejecutar Plan de mejoras de acuerdo a primera autoevaluación con pauta estándar de atención abierta</p>	(nº de actividades ejecutadas/nº de actividades programadas)*100	Director DESAM	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
		Creación de normas y protocolos de procesos clínicos y administrativos faltantes			
		Definición y evaluación de indicadores de calidad			
Acercar las prestaciones dentales a sectores lejanos al centro de salud	Incrementar 11 horas semanales de atención dental en EMR Laguna balneario	Gestionar recursos financieros y humanos necesarios	Disponibilidad de agenda dental Laguna balneario por 11 horas semanales	Director DESAM Jefe CESFAM	Registro local mensual
Asegurar la entrega oportuna de los medicamentos de uso crónico	100 % de cumplimiento	Revisión de stock diarios, gestión préstamo en caso de requerirse, compras especiales, adjudicación arsenal en forma completa	(nº de tratamientos entregados en fecha programada/nº total de tratamientos indicados según fecha)*100	Químico farmacéutico Encargado de compras	Revisión estadísticas mensuales y tasas de rechazos.
Aumentar la Participación comunitaria en temáticas de salud	Incrementar en al menos un 50% la asistencia a actividades de salud de carácter comunitario	Programación de sesiones educativas dirigidas y realizadas físicamente en las diversas organizaciones comunitarias de Zapallar.	(nº de participantes de la actividad/nº de población asistente 2015)*100	Asistente social	Evaluación mensual por actividad

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
		<p>Difundir masivamente los resultados de las reuniones entre comunidad y salud a sus respectivas asambleas y/o usuarios.</p> <p>Asegurar la estabilidad del desarrollo de acciones comunitarias programadas, mediante calendario anual de ejecución</p> <p>Incorporar temas de salud en actividades comunitarias organizadas por los distintos departamentos municipales.</p> <p>Publicar información gráfica de todas las actividades comunitarias ejecutadas</p>		<p>Directora DESAM</p> <p>Administrativos</p>	Revisión mensual
Difundir de la canasta de prestaciones ofrecidas por los centros de salud primaria	Insertar información de prestaciones de salud en medios de difusión cercanos a la comunidad		(nº de publicaciones realizadas/nº de publicaciones programadas)*100		

CESFAM ZAPALLAR

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y crianza	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según nota metodológica PARN “Las experiencias tempranas importan mucho”.	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza /Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) X 100	Matrona	Registro local trimestral
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento de 5% de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro, respecto al año anterior.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales con acompañante /Nº total de controles prenatales realizados) x 100	Matrona SOME	Registro local trimestral
	100 % de gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía perinatal vigente.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico * derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	Matrona	Registro local mensual
	100 % de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES. (Nota: Notificación GES)	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario /Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	Matrona	Registro local trimestral

Objetivo	Mesa	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	100 % de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.	Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.	(Nº de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control N° total de gestantes ingresadas x 100	Matrona	Registro local mensual
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)	90 % de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplica Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) las gestantes en control prenatal	(Nº de gestantes con EPSA aplicado al ingreso/ N° total de gestantes en control prenatal) x 100	Matrona	Registro local mensual
	90 % de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral VDI a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera	(Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA /Nº de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) X100	Matrona Asistente social	Registro local mensual
	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.			Nutricionista	Registro local mensual
	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso) X100	Nutricionista	Registro local mensual
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) X100	Nutricionista	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	(Nº de embarazadas con Educación individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	Odontólogo	Registro local mensual
Pesquisa oportuna de la gestantes con infección por T. cruzi para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el lactancia de la madre confirmada	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través de tamizaje y confirmación	Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas en el 90% de las gestantes bajo control	(Nº de exámenes de tamizaje infeción por T. cruzi realizado en gestantes que ingresan control prenatal(Zona Endémica)/Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal(Zona Endémica))x100	Matrona	Registro local mensual
Disminuir la transmisión vertical del VIH		100% de exámenes de confirmación por infección por T. CRUZI. En gestantes que ingresan a control con examen de tamizaje con resultado reactivo	Nº exámenes de confirmación de infección por T. cruzi en gestantes que ingresan a control /Nº exámenes de tamizaje con resultado reactivo en gestantes que ingresan a control x 100	Matrona Médico	Registro local mensual
Mantener bajo control a embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional	Consulta nutricional de gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional	Nº de gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con diagnóstico de diabetes) x100	Nutricionista	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestacional prenatal	(Nº total de exámenes procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal)x100	Matrona	Registro local mensual
	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son Derivados al Programa VIH	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal	(Nº de gestantes VIH (+) que ingresan al programa VIH-Nº total de gestantes VIH(+))/ 100	Matrona Médico	Registro local mensual
	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitas-citadas a control/Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control)x100	Matrona	Registro local post caso
Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas-citadas	Citación-visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas/Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo)x 100	Matrona	Registro local post caso

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención VIH	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/Nº total de gestantes VIH (+)) X 100	Matrona	Registro local post caso
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Aumentar el 2% 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) x 100	Matrona Jefe CESFAM	Registro local trimestral
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama)	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 500 a 59 años	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE	(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015(MENOS)Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)/ Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)*100	Matrona Médico Encargado convenios	Registro local trimestral
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	Alcanzar un 60% de cobertura de PAP cada tres años mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente /Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)*100	Matrona	Registro local trimestral
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 y más año al programa de regulación de fertilidad	Control integral de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad año 2016- población bajo control 2015/Nº total de pob bajo control total año anterior)*100	Matrona	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, método anticonceptivo y sexualidad)	Aumentar en 2% las mujeres y hombres que reciban consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2016(MENOS) Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)/ Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)	Matrona	Registro local trimestral
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de sexualidad segura	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016(MENOS)Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)†100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	80% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento	Atención Odontológica integral a la embarazada	(Nº de lata odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal)×100	Odontólogo	Registro local trimestral
Disminuir la trasmisión vertical de la sifilis	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sifilis	Tamizaje para sifilis durante el embarazo	(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 gestación)×100	Matrona	Registro local trimestral
Aumento de cobertura preventiva					

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con trastornos mentales	Aumentar el ingreso a control de gestantes y niños menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales	Atención integral a gestantes o madres de niños menores de 1 años con trastornos mentales	(Nº de gestantes o madres bajo control 2016- gestantes o madres bajo control 2015/Nº de gestantes o madres con diagnóstico de problemas mentales)*100	Psicóloga	Registro local mensual
	Aumentar el número de gestantes en depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	(Nº de gestantes ingresadas 2016-Nº de gestantes ingresadas 2015/Nº gestantes ingresadas a tratamiento por depresión año anterior)*100	Psicóloga	Registro local mensual
Mejorar la calidad de vida de la mujer en etapa del clímatero	Aumentar en 2% respecto al año anterior , la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de clímatero.	Control de salud integral de la mujer en etapa de clímatero	(Nº de mujeres en control de salud 2016- pob bajo control 2015/Nº total pob bajo control 2015)*100	Matrona	Registro local trimestral

SALUD INFANTIL

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física	consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(Nº de consejería individual en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ total de población bajo control menor de 10 años)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	90% de niños y niñas reciben consulta nutricional al 5º mes de vida	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes	(población con consulta nutricional al 5º mes /total de población bajo control entre 6 y 11 meses)*100	Nutricionista	Registro local trimestral
	70% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes n	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/población bajo control entre 42 y 47 meses)*100	Nutricionista	Registro local trimestral
Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojin de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia	(Proporción de Meta (2016) Menos proporción de metas (2015))	Nutricionista Enfermera Médico	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Incorporación del padre en la supervisión de salud infantil	10% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en lo que participa del padre/Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local mensual
	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto	Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a talleres con metodología Nadie es Perfecto/Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	Facilitador Nadie es Perfecto Enfermera	Registro local trimestral
	50% de padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año bajo control que ingresen a talleres de prevención IRA	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de padres, madres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	Kinesióloga Enfermera	Registro local trimestral
	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños 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	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 o 2 meses/Nº total control ciclo vital de niñas y niños de 1 y 2 meses)*100	

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomadas (GES)	Toma de RX pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niñas y niños de 3 meses con radiografía de cadera realizadas/población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	Enfermera Encargado convenios	Registro local trimestral
	100% niñas/los de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud)	Control de salud a los 8 meses con aplicación de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/Nº total control ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través de control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses/Nº total control ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor(en el control de salud)	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses(primeras evaluación) en el control de salud de 18 meses/Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	70% de niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 24 a 47 meses(primeras evaluación) Nº total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	70% de niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor(Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(primeras evaluación) en el control de salud de los 36 meses/Nº total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambiopia, estrabismo o defectos de la agudeza visual	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)*100	Enfermera	Registro local mensual

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Reducir la carga de enfermedades por inmunoprevenibles	95% de cobertura	Administración de esquema primario completo de vacunas pentavalente en niños/as menor de 1 año	(Nº de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo /Nº total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administración de esquema primario completo de vacunas Neumocócica conjugada en niños/as de 1 año	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada /Nº total de niños/as de 1 año)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administración de la primera dosis de vacuna Trívinica al año de vida	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trívinica administrada /Nº de niños de 1 año)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	90% de cobertura grupos prioritarios	Administrar vacuna influenza a los niños entre 6 meses de edad y 5 años	(Nº de niñas entre 6 meses y 5 años vacunados contra influenza/Nº de niñas entre 6 meses y 5 años percapiados)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
		Administración de vacuna influenza a los niños portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años	(Nº de niñas entre 6 meses y 5 años vacunados contra influenza/Nº de niñas entre 5 y 10 años percapiados)*100	Encargado PNI	Registro local mensual

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el numero de niños con vacunas al dia según programa nacional de inmunizacion	95% de los niños son vacunados en edad correspondiente según programa	Rescate mensual de menores inasistentes o a control de niño sano. Reorganización de horas destinadas a control con vacuna	(Nº de niños con calendario PNI al dia/Nº total de niños <6 años bajo control)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local mensual
Controlar la malnutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares	Al menos el 50% de los niños de 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o Score de peso/altura	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 9 años que mejoran su dg nutricional integrado /Nº total de niñas/os entre 2 a 5 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	Al menos el 50% de los niños de 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado IMC	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 9 años.	(Nº de niñas/os entre 6 a 9 años que mejoran su dg nutricional IMC /Nº total de niñas/os entre 6 a 9 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	Al menos el 50% de los niños de 2 a 9 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 9 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 9 años que mejoran su perímetro de cintura/Nº total de niñas/os entre 2 a 9 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	Al menos el 90% de los niños de 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 5 años que mejoran su capacidad motora/Nº total de niños/as entre 2 a 5 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	60% de niños bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	(Nº de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente /Nº de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Mejorar y mantener la salud bucal de niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Aumentar 10% en la cobertura de altas odontológicas totales en los niños de 2 a 5 años inscritos y validados	Atención odontológica integral a niños menores de 2 a 5 años.	(Número de niños de 2 a 5 años con alta odontológica total/número total de niños de 2 a 5 años inscritos y validados)*100	Odontólogo	Registro local trimestral
Disminuir la prevalencia de obesidad.	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro CEOD	Evaluación del estado de salud bucal de la población de 2 a 6 años	(Número de niños de 2 a 6 años con CEOD/numero total de niños de 2 a 6 años con ingreso odontológico)*100	Odontólogo	Registro local trimestral
	Disminuir en un 10% la prevalencia de obesidad en la población menor de 6 años bajo control	Sesiones educativas a padres y/o cuidadores de niños obesos menores de 6 años.	(Nº niños obesos menores de 6 años / total de niños menores de 6 años bajo control)*100	Nutricionista	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	Presentación y entrega de material educativo en establecimientos educacionales de la comuna	(Nº de charlas realizadas en establecimientos educacionales/total d establecimientos educacionales e la comuna) x 100	Equipo de salud		Registro local mensual
	Controles nutricionales cada 2 meses. Talleres grupales de fomento al deporte y alimentación saludable (preparación de comidas), Premios o incentivos por bajas de peso	(nº de niños <6 años con dg de obesidad/nº niños <6 años bajo control)*100	Nutricionista		Registro local trimestral
Disminuir la prevalencia de sobrepeso .	Disminuir en un 3% la prevalencia de sobrepeso en la población menor de 6 años bajo control	Sesiones educativas a padres y/o cuidadores de menores de 6 años con sobrepeso.	Kinesiólogo		
	Alcanzar el promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	(Nº de controles de salud de niños/as de 24 a 47 meses/Nº total de niñas/os de 24 a 4 meses bajo control)	Odontólogo	Registro local trimestral
Mejorar y mantener la salud bucal de Niñas y niños menores de 10 años.		Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscrito en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses/Nº de niños de 48 a 71 meses bajo control	Odontólogo	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años	(Nº de niñas/os de 2 a 5 años con registro de CEOD/ N° total de niñas/os de 2 a 5 años con ingreso odontológico) * 100	Odontólogo	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de niñas/os (5 a 9 años) por trastornos mentales	(Nº de niñas/os de (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos mentales 2016(MENOS) N° de niñas/os (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hiperkinéticos 2015 /Nº de niñas/os (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hiperkinéticos (2015)) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Mantener cobertura de tratamiento de trastornos mentales de 5 a 9 años	Atención integral de niñas/os (5 a 9 años) por trastornos mentales bajo control	(Pob bajo control por trastornos mentales de 5 a 9 años/Pob inscrita y validada de 5 a 9 años)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar el número de altas clínicas de niños con problemas o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de niños con trastornos mentales	(Número de niños de 5 a 9 años con alta clínica por trastornos mentales año vigente-niños de 5 a 9 años ingresados por trastornos mentales año anterior/Número de niños de 5 a 9 años en tratamiento año anterior)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar las VDI de niños en riesgo psicosocial en relación al año anterior	Visitas domiciliarias integrales en niños de riesgo psicosocial	(Número de niños con riesgo psicosocial que recibe VDI año vigente-Número de niños que recibieron VDI año anterior/Número de VDI años anterior)*100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Establecer una linea base de niños y niñas en tratamiento por trastorno Hipercinéticos (0 a 9 años)	Niñas y niños en tratamiento por trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Nº de niñas/os en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) y población beneficiaria validada por FONASA de niñas y niños de 0 a 9 años) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral	
Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental	(Nº de casos revisados en consultoría de salud mental de niñas/os de (0 a 9 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	Psicóloga	Registro local mensual	
Aumentar las VDI en niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Nº de niñas y niños en riesgo psicosocial que reciben VDI 2015)- N° de niñas y niños en riesgo psicosocial que reciben VDI(2014)-Nº de niñas y niños en riesgo Psicosocial que reciben VDI 2014)) X 100	Asistente social	Registro local mensual	
Mantener y mejorar la salud bucal de la población infantil de 2 a 5 años	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tienen registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años	Odontólogo	Registro local trimestral	
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/retraso en el DSM	100% de niñas y niños < 4 años que en primera evaluación presentan rezago son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM	Actividades de estimulación Programa Chile Crece Contigo	Enfermera	Registro local mensual	

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	100% de niñas/los menores de 4 años con déficit(riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidad de estimulación del DSM	Derivación a sala de estimulación DSM	(Nº de niñas/los menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación *100 desarrollo psicomotor)	Enfermera Encargado Chile Crece municipal	Registro local trimestral
	100% de niñas/los menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niños o niñas con déficit de DSM /Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	Enfermera Asistente social	Registro local trimestral
	90% de los niños y niñas detectados con riesgo y/o retraso en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8,18 y 36 meses recuperados	Reevaluación de niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera y recuperadas(os) en las reevaluaciones/Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8,18 y 36 meses) * 100	Enfermera	Registro local mensual
	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en sala de estimulación se recuperan	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	(Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)* 100	Enfermera Encargado Chile Crece municipal	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome Bronquial Obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome	(Nº de niños y niñas bajo control con SBOR recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2016 (MENOS) Nº de niños bajo	Médico	Registro local trimestral

a 9 años en la atención primaria de salud	de 0 a 9 años, a control en atención primaria de salud	bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud	control 2015/Nº de niños bajo control 2015) *100	Kinesióloga
---	--	---	--	-------------

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	90% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA baja en menores de 5 años	(Nº de casos de cierre de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicador/Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	Kinesióloga SOME	Registro local post caso

SALUD DEL ADOLESCENTE

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectoriales 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 (2016)(MENOS)(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2015) * 100	(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2016)(MENOS)(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2015) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	15% de controles realizados a población de 10 a 19 años inscritos y validados	Control de Salud Integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles realizados, según sexo){total de aplicaciones}/Nº total de controles planificados, según sexo) * 100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil	Aumentar en un 2% los controles preconcepcionales de las mujeres de edad fértil en relación al año anterior	Control preconcepcional	(Nº de controles preconcepcionales /Nº total mujeres en edad fértil inscritas) * 100	Enfermera	Registro local trimestral
Atención Integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Aumentar el 2% 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) * 100	Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).	Aumentar en 2% las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2016(MENOS)Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)/Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015) * 100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Cobertura de vacunación	95% cobertura	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico)/Nº de niñas matriculadas en 5º básico) * 100	Enfermera	Registro local mensual
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes	100% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista	Control de salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de adolescentes, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud Integral "Joven Sano" realizados) x 100	Matrona Médico Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Aumentar un 10% el número de consejería en SSR otorgadas a adolescentes mujeres y hombres	Consejería en SSR	(Nº consejerías en SSR realizadas (2016) menos Nº Consejerías en SSR realizadas (2015)) / (Nº Consejerías en SSR realizadas 2015) X 100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS	Aumentar en un 10% consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS	Consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2015)(MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2014/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2014)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa	Aumentar en 25% el ingreso de Adolescentes al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior	Control de regulación de fertilidad en adolescentes	(Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2016)(MENOS)(Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2015)/Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2015)*100	Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años	Aumentar un 10% línea base 2014 el número de consejería en regulación de fertilidad otorgada a adolescentes	consejería en regulación de fertilidad	(Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2016(MENOS)Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2015/ Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2015)X100	Matrona	Registro local trimestral
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema del alcohol en adolescentes	100% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol reciben intervención breve(o intervención preventiva)	intervención preventiva(o intervención breve)	(Nº de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol que reciben intervención breve o intervención preventiva/N total de adolescentes con consumo riesgoso x 100	Psicólogo Médico	Registro local trimestral
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema del alcohol en jóvenes	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento Craft, al 90% de los controles preventivos de 15 a 19 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol	(Nº de consultantes, entre 15 y 19 años, con tamizaje(Nº población inscrita validada de FONASA entre 15 y 19 años) *100	Matrona Médico Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Detestar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causen morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años	Incrementar al menos un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de 20 a 24 años inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2016(MENOS)(Nº de EMPA realizado a población 20 a 24 años(2015)/ Nº de EMPA realizado a población 20 a 24 años(2015))*100	Matrona Médico Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Nº de resultados de EMP de presión arterial elevada-PA140/90mmHg/Nº de EMP realizado)*100	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con diabetes respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad entre otras alternativas	(Nº de resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl/Nº de EMP realizados)*100	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral

OBJETIVO	METÁ	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior	Realizar exámenes de VIH en personas de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad 2015(MENOS)Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad el 2014/ N° de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad el 2014)x100	Médico Matrona	Registro local trimestral
			(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en año 2015(MENOS)Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años 2014/ N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años año 2014)x100	Médico Matrona	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Aumentar el ingreso a tratamiento por trastornos mentales a la población adolescente inscritos	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de trastornos mentales	(Nº de adolescentes que ingresan tratamiento de trastornos mentales/población adolescente inscrita validada)*100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios	Aumentar en 5% la población bajo control de 10 a 19 años en el programa IRA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	((Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA actual)(MENOS)(población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior)/(población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior)*100	Médico Kinesióloga	Registro local trimestral
Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 24 años en el programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2016(MENOS)Población de 20 a 24 años bajo control programa ERA año 2015)/Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes	Incrementar en al menos 15% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	Cobertura hipertensos (2016)(Menos) Coberturas Hipertensos (2015) Coberturas Hipertensos (2015)	Médico	Registro local trimestral
		Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	(Proporción de metas de compensación (2016)(MENOS) proporción de metas de compensación (2015) Proporción de metas de compensación(2015)*100	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas de 20-24 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura Diabéticos (2016)(MENOS)	Médico	Registro local trimestral

SALUD DEL ADULTO

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Contribuir en la mejora de niveles de compensación de la población cardiovascular, mediante la adecuada utilización de las terapias farmacológicas por parte de los usuarios	Realizar al menos tres talleres anuales	Incorporar temáticas farmacológicas dentro de actividades comunitarias, incluyendo medicamentos de uso habitual, consultas y dudas sobre toma de medicamentos en forma grupal o individual. Prevención y autocuidado	(nº de talleres realizados/nº de talleres programados)*100	Químico farmacéutico	Registro local trimestral
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen Preventivo del Adulto(EMPA) en personas de 25 a 64 años	Incrementar en un 5% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medición Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	(Cobertura EMPA 2016)(MENOS)Cobertura EMPA 2015)	Encargado PSCV	Registro local trimestral
	Incrementar en un 5% los EMPA en hombres de 25 a 64 años respecto a lo realizado el año anterior	Realizar Examen de Medición Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo	(Nº de EMPA realizado a población 20 a 24 años 2016)MENOS)Nº de EMPA realizados a población a 20 24 años 2015/ Nº de EMPA realizados a población 20 24 años 2015)*100	Encargado PSCV	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del Hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los adultos, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	Establecer un sistema de notificación entre hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)X 100	Administrativo SOME	Registro local trimestral
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en personas adultas de 25 a 64 años	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas reduce el 5% o más de su peso corporal	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que reducen el peso/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas mejora el perímetro de cintura	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que mejora el perímetro de cintura/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas mejora su condición física	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que mejora su condición física/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Prevenir o detectar la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/Nº total de adultos bajo control en PSCV (Hipertensos y Diabéticos)al corte) x100	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de personas de 25 a 64 años de hipertensión arterial	Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA año 2016(MENOS)proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2015)/proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2015)*100	Médico Nutricionista Matrona Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25 a 64 años de diabetes	Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad entre otras alternativas	(Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2016(MENOS)proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015)/Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015)	Médico Nutricionista Matrona Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	90% de personas de 25 a 64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente	Evaluación Anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses/Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)x100	Médico Enfermera	Registro local trimestral
	100% de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas		(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado)/Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con ulceras activas de pie)x100	Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieren por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25 a 64 años 2016(MENOS) N° de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años año 2015)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, año2015)*100	Médico Matrona	Registro local trimestral
	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(Nº total de exámenes VIH realizados 2016(MENOS)Nº de exámenes VIH realizados año 2015)/Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años, año2015)*100	Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de sexualidad segura	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016(MENOS)Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)/Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar las personas con Factores protectores para la salud	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección de alcohol y drogas con base a instrumento AUDIT o ASSIST en adultos e intervención breve o consejería	Intervención preventiva en adultos: realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería	(Nº de intervenciones preventivas/Nº de población inscrita validada FONASA entre 25 y 64 años)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas 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	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	(Nº de mujeres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Genero 2016 (MENOS) N° de personas adultas (25 A 64 años) ingresan a violencia de genero año 2015/Nº total de personas adultas (25 A 64 años) ingresan a violencia de genero año 2015)*100	Médico Psicóloga Asistente social	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas hipertensas de 20-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos(2016)(MENOS) cobertura hipertensos (2015))	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial de <140/90 mm/Hg, en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		Proporción de metas de compensación 2016)(MENOS) proporción de metas de compensación 2015)/ Proporción de metas de compensación 2015	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabéticos en personas de 25 a 64 años	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de diabéticos en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos 2016)(MENOS) Cobertura diabéticos 2015/ Cobertura diabéticos 2015)	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
	Incrementar en al menos 15% la proporción de diabetes de 25-64 años bajo control PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		(Proporción de metas de compensación 2016)(MENOS) proporción de metas de compensación 2015)/ Proporción de metas de compensación 2015	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	Aumentar en un 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticos tipo 2 en PSCV con HbA1c<7%, PA <130/80 mm/Hg y Col LDL < 100mg y Col LDL <100 mg		(Proporción 2016)(MENOS)(Proporción 2015)/(Proporción año 2015)	Médico	Registro local trimestral
Evaluar la calidad de atención (Cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV	(Proporción 2016)(MENOS)(Proporción 2015)/(Proporción año 2015)	Médico Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en preventión del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016)(MENOS)Nº de consejerías en preventión del VIH/SIDA e ITS en personas adultas año 2015)/ Nº de consejerías en preventión del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis	(Proporción de detección de colelitiasis años vigente (menos) proporción de detección de colelitiasis año anterior)/Proporción de detección de colelitiasis año anterior.	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mejorar la calidad de vida y atención integral en personas de 25-64 años con cáncer	Al menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con diagnóstico oncológico	Atender en forma integral a personas oncológicas con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa /Nº de población bajo control por dependencia moderada y severa)*100	Enfermera Asistente social Técnico paramédico	Registro local trimestral
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 25 a 64 años en el programa ERA	Pesquisar, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2016(MENOS) población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)/ población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
	Incrementar en un 20% la proporción de asmáticos controlados de 25 a 64 años bajo control en programa ERA según niveles de control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en sala ERA	(Población adulta de 25 a 64 años asmáticas bajo control año 2016(MENOS) población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)/ población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
	Incrementar en un 20% de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en programa	Optimizar el tratamiento de los pacientes EPOC de 40 a 64 años bajo control en sala ERA	(Población adulta de 40 a 64 años EPOC bajo control año 2016(MENOS) población adulta de 40 a 64 años bajo control año 2015)/ población adulta de 40 a 64 años bajo control año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años	100% de cobertura en altas totales s odontológicas programada en adultos de 60 años inscritos validados	Atención Odontológica integral del adulto de 60 años	(Nº de adultos de 60 años con altas odontológicas totales/(Total de adultos de 60 a 64 años inscritos y validados)*100	Odontólogo	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con trastornos mentales	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con trastornos mentales	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2016)(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2015)/ Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2015)*100	Psicólogo	Registro local trimestral
				Psicólogo	Registro local trimestral
	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	(Nº altas clínicas por trastornos mentales año 2016)(Nº de altas clínicas por trastornos mentales año 2015)/ Nº de altas clínicas trastornos mentales año 2015)*100	Psicólogo	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales	Aumentar de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	(Nº de casos revisados en consultoría de salud mental de adulto (25 a 64 años)2016)Nº de adultos (25 a 64 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016)x100	Psicologa	Registro local trimestral
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de rehabilitación Pulmonar de baja intensidad	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa	(Nº de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado)Nº de adultos EPOC bajo control en sala ERA)X100	Kinesióloga	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Confeccionar un Plan de Tratamiento Integral (PTI) a los usuarios jóvenes del nivel comunitario de rehabilitación.	80% de los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación cuenta con PTI.	Realizar PTI a los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación.	(Nº de usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación y que cuentan con PTI)/No de usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación) x100.	Kinesiologo	Registro local mensual
Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Al menos un evento masivo en actividad física	Evento masivo en actividad física	Nº de eventos masivos en relación a la temática de actividad física	Kinesiologo	Registro local
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad. Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	Nº total de personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100. No de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos Y destrezas personales * 100	Kinesiologo	Registro local
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)	Nº de sesiones de grupo de autoayuda mensual del año 2015/ (Nº establecimientos x 12 meses)	Psicóloga	Registro local
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO Y alta/Nº total de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRIHH	Monitoreo
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO y alta/Nº total de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual

SALUD DEL ADULTO MAYOR

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Prevenir los síndromes geriátricos, pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPPAM)	Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior el control de salud (EMPPAM) en personas de 65 años y mas	Realizar controles de salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores , aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención	(Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2016)(MENOS)(Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2015)/Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2015)*100	Enfermera	Registro local trimestral
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de salud (EMPPAM)	80% de las personas de 65 años y más autovalente 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 (EMPPAM)	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 realizando control de salud (EMPPAM)	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuados con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de salud (EMPPAM) / Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de salud (EMPPAM) vigentes)*100	Enfermera Técnico paramédico	Registro local trimestral
Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	95% Cobertura de vacunación	Administrar una dosis de vacuna Neumococica Polisacarida 23 Valente a personas de 65 años y más en control del Programa adulto mayor	(Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto mayor que recibieron una dosis de vacuna Neumococica Polisacarida 23 Valente)(Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto Mayor)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRIH	Monitoreo
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados	95% Cobertura de vacunación	Administrar una dosis de vacuna Influenza a personas de 65 años y más	(Nº de personas de 65 años y más que recibieron una dosis de vacuna Influenza/Nº de personas de 65 años y más inscritas)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM	Aumentar en un 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, etc sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM	(Proporción de personas bajo control >70 años que reciben PACAM año 2016(MENOS) proporción de personas bajo control >de 70 años que reciben PACAM año 2015)	Nutricionista	Registro local trimestral
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica	Aplicar la "Ficha de prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)x100	Médico	Registro local mensual
Prevenir la Progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC>30 mg/grs.)	100% de las personas diabéticas de 65 años y más bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IEA o ARA II	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con microalbuminuria en el PSCV	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses /Nº de personas de 65 años y más diabéticas bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte)x100	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta)/(Nº Total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)X100	Administrativo SOME Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y mas	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Cobertura 2016 (MENOS) Cobertura 2015/Cobertura 2015	Médico Enfermera Matrona Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y mas	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, etc	(Cobertura 2016(MENOS) Cobertura 2015)/ Cobertura 2015	Médico Enfermera Matrona Nutricionista	Registro local trimestral
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, por morbilidad	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran por morbilidad, con respecto al año 2015	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados 2016(MENOS)/(Nº total de exámenes para VIH realizados 2015)/(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más 2015)*100	Médico Enfermera Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH /SIDA/ITS	15% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS /Nº total de personas de 65 años y más bajo control)X100	Médico Matrona	Registro local trimestral
Aumentar detección temprana de consumo de alcohol (Solo aplica a comunas de Vida Sana alcohol)	50% de Adulto Mayor bebedor bajo control con AUDIT aplicado	Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde	(Nº de Adultos Mayor bebedor bajo control con AUDIT aplicado/Nº de Adulto Mayor bebedor bajo control)X100	Médico Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	(Nº de M que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicando 2016(MENOS) N° de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015Nº de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015)X100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnóstico de trastornos mentales	Bridar cobertura de tratamiento por trastornos mentales a personas de 65 años y más	Atención a personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental	(Nº de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) 2016/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más)x100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por alta clínica de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de altas clínicas 2016/ Población bajo control por trastornos mentales de 65 años y más)x100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar la cobertura de pesquisa a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer y otras demencias	Consulta médica ante sospecha de Alzheimer y otras demencias a personas de 65 años y mas	(Nº de personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer 2016(MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas con 2015)/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas con 2015)x100	Enfermera Médico	Registro local trimestral
Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer	Aumentar la compensación de HTA en los adultos de 65 o más años en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y mas	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmHg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)(Proporción de metas de compensación 2015)/(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control	Incrementar un 15% la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)(Proporción de metas de compensación 2015)(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y mas	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10% hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS) Proporción de metas de compensación(2015) Proporción de metas de compensación(2015)	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)x100	Médico	Registro local trimestral
	80% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de ulceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos y humanos)	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado)Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)x100	Enfermera	Registro local trimestral
Mejora la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV	Al 60% de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	((Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente)/(Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresados a PSCV por Diabetes)(MENOS)(egresos a PSCV por diabetes))x100	Médico Encargado convenios	Registro local trimestral

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y mas	Aumentar al 80% la población de 65 años y más bajo control en el Programa IRA	Pesquisar, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consulten por morbilidad o urgencia y son derivados a Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control actual(MENOS) Población de 65 años y más bajo control año anterior)/ Población de 65 años y más bajo control año anterior)*100	Médico	Registro local trimestral
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar en un 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de rehabilitación	Realizar programa de rehabilitación pulmonar de usuarios	(Pob 65 y más bajo control, programa rehabilitación- Pob bajo control 2015/Pob bajo control año anterior)*100	Médico	Registro local trimestral
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas juego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	Acceder a la atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de las 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	Kinesiólogo Administrativo SOME	Registro local mensual
Promover acciones de promoción de estilo de vida saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	Nutricionista	Registro local trimestral
		Educación grupal en alimentación saludable y actividad, priorizando el entorno comunal y laboral	Una actividad educación grupal realizada 1 vez al año	Nutricionista	Registro local trimestral
		Realizar al menos 1 actividad de educación grupal al año de promoción, priorizando el entorno comunal y laboral en las temáticas de actividad física, alimentación saludable			

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta mayor con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta mayor con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos mayores con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO y alta/Nº total de adultos mayores con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual

CESFAM CATAPILCO

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y crianza	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: Preparación para el parto y crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según nota metodológica PARN "Las experiencias tempranas importan mucho!".	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza /Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) X 100	Matrona	Registro local trimestral
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento de 5% de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas, familiares u otro, respecto al año anterior.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales con acompañante /Nº total de controles prenatales realizados) x 100	Matrona SOME	Registro local trimestral
Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.	100 % de gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía perinatal vigente.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico * derivadas al nivel secundario/ N° total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	Matrona	Registro local mensual
Detectar factores de riesgo de parto prematuro.	100 % de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES. /Nota: Notificación GES)	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario /Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	Matrona	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)	100 % de gestantes con aplicación de Escala de Edimburgo.	Aplicar Escala de Edimburgo gestantes segundo control prenatal.	(Nº de gestantes con escala Edimburgo gestantes aplicada segundo control N° total de gestantes ingresadas x 100	Matrona	Registro local mensual
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)	90 % de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplica Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal	(Nº de gestantes con EPSA aplicado al ingreso/ N° total de gestantes en control prenatal) x 100	Matrona	Registro local mensual
	90 % de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral VDI a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera	(Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA /Nº de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) X100	Matrona	Registro local mensual
	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.			Asistente social	
	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x100	Nutricionista	Registro local mensual
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	Nutricionista	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	(Nº de embarazadas con Educación individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	Odontólogo	Registro local mensual
Pesquisa oportuna de la gestantes con infección por T. cruzi para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través de tamizaje y confirmación	Tamizaje y confirmación diagnostica de enfermedad de Chagas en el 90% de las gestantes bajo control	(Nº de exámenes de tamizaje infeción por T. cruzi realizado en gestantes que ingresan control prenatal(Zona Endémica))x Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal(Zona Endémica)/x100	Matrona	Registro local mensual
Disminuir la transmisión vertical del VIH	100% de exámenes de confirmación por infección por T. CRUZI . En gestantes que ingresan a control con examen de tamizaje con resultado reactivo		Nº exámenes de confirmación de infección por T. cruzi en gestantes que ingresan a control /Nº exámenes de tamizaje con resultado reactivo en gestantes que ingresan a control x 100	Matrona Médico	Registro local mensual
Mantener bajo control a embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional	100% cobertura de consulta nutricional en gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional	Consulta nutricional de gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional	Nº de gestantes con diagnóstico de diabetes gestacional bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con diagnóstico de diabetes) x100	Nutricionista	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestacional prenatal	(Nº total de exámenes procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal)x100	Matrona	Registro local mensual
	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal	(Nº de gestantes VIH (+) que ingresan al programa VIH/Nº total de gestantes VIH(+))/100	Matrona	Registro local mensual
Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitas-citadas a control/Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control)x100	Matrona	Registro local post caso
	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas-citadas	Citación-visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas/Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo)x 100	Matrona	Registro local post caso

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención VIH	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/Nº total de gestantes VIH (+)) X 100	Matrona	Registro local post caso
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Aumentar el 2% 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) x 100	Matrona Jefe CESFAM	Registro local trimestral
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama)	Incrementar con respecto año anterior la cobertura de mamografía vigente en mujeres de 50 a 59 años	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE	(Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2015(MENOS)Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)/ Cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente año 2014)*100	Matrona Médico Encargado convenios	Registro local trimestral
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino	Alcanzar un 60% de cobertura de PAP cada tres años mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE Y EMPA	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente /Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)*100	Matrona	Registro local trimestral
Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 y más año al programa de regulación de fertilidad	Control integral de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad año 2016- población bajo control 2015/Nº total de pob bajo control total año anterior)*100	Matrona	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, método anticonceptivo y sexualidad)	Aumentar en 2% las mujeres y hombres que reciban consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2016(MENOS) Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015) Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)	Matrona	Registro local trimestral
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de sexualidad segura	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016(MENOS))Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada)	80% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento	Atención Odontológica integral a la embarazada	(Nº de lata odontológica totales en embarazadas/total de gestantes ingresadas a programa prenatal)x100	Odontólogo	Registro local trimestral
Disminuir la trasmisión vertical de la sifilis Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sifilis	Tamizaje para sifilis durante el embarazo	(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 gestación)x100	Matrona	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con trastornos mentales	Aumentar el ingreso a control de gestantes y niños menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales	Atención integral a gestantes o madres de niños menores de 1 años con trastornos mentales	(Nº de gestantes o madres bajo control 2016- gestantes o madres bajo control 2015)Nº de gestantes o madres con diagnóstico de problemas mentales)*100	Psicóloga	Registro local mensual
	Aumentar el número de gestantes en depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	(Nº de gestantes ingresadas 2016-Nº de gestantes ingresadas 2015)Nº gestantes ingresadas a tratamiento por depresión año anterior)*100	Psicóloga	Registro local mensual
Mejorar la calidad de vida de la mujer en etapa del climaterio	Aumentar en 2% respecto al año anterior , 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 2016- pob bajo control 2015Nº total pob bajo control 2015)*100	Matrona	Registro local trimestral

SALUD INFANTIL

Objetivo	Metra	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física	consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(Nº de consejería individual en actividad física entregadas a niñas y niñas menores de 10 años/ total de población bajo control menor de 10 años)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	90% de niñas y niñas reciben consulta nutricional al 5º mes de vida	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes	(población con consulta nutricional al 5º mes /Total de población bajo control entre 6 y 11 meses)*100	Nutricionista	Registro local trimestral
	70% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes n	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/población bajo control entre 42 y 47 meses)*100	Nutricionista	Registro local trimestral
Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida	Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojin de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia	(Proporción de Meta (2016) Menos proporción de metas (2015))	Nutricionista Enfermera Médico	Registro local trimestral

Objetivo	Métro	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Incorporación del padre en la supervisión de salud infantil	10% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en lo que participa del padre/Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local mensual
	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto	Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a talleres con metodología Nadie es Perfecto/Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	Facilitador Nadie es Perfecto	Registro local trimestral
	50% de padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año bajo control que ingresa a talleres de prevención IRA	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de padres, madres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	Enfermera	Registro local trimestral
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños 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	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 o 2 meses/Nº total control ciclo vital de niñas y niños de 1 y 2 meses)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomadas (GES)	Toma de RX pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niñas y niños de 3 meses con radiografía de cadera realizadas/población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	Enfermera	Registro local trimestral
	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud)	Control de salud a los 8 meses con aplicación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/Nº total control ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través de control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses/Nº total control ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor(en el control de salud)	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación del desarrollo psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses(primeras evaluación) en el control de salud de 18 meses:Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	70% de niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 24 a 47 meses(primeras evaluación) Nº total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	70% de niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor(Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(primeras evaluación) en el control de salud de los 36 meses(Nº total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	Enfermera	Registro local mensual
	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual/Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)*100	Enfermera	Registro local mensual

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Reducir la carga de enfermedades por inmunoprevenibles	95% de cobertura	Administración de esquema primario completo de vacunas pentavalente en niños/as menor de 1 año	(Nº de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo /Nº total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administración de esquema primario completo de vacunas Neumocócica conjugada en niños/as de 1 año	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada /Nº total de niños/as de 1 año)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administración de la primera dosis de vacuna Trívirica al año de vida	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trívirica administrada /Nº de niños de 1 año)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	95% de cobertura	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
	90% de cobertura grupos prioritarios	Administrar vacuna influenza a los niños entre 6 meses de edad y 5 años	(Nº de niñas entre 6 meses y 5 años vacunados contra influenza/Nº de niñas entre 6 meses y 5 años percapitados)*100	Encargado PNI	Registro local mensual
		Administración de vacuna influenza a los niños portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años	(Nº de niñas entre 6 meses y 5 años vacunados contra influenza/Nº de niñas entre 5 y 10 años percapitados)*100	Encargado PNI	Registro local mensual

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el numero de niños con vacunas al dia según programa nacional de inmunización	95% de los niños son vacunados en edad correspondiente según programa	Rescate mensual de menores inasistentes o a control de niño sano. Reorganización de horas destinadas a control con vacuna	(Nº de niños con calendario PNI al dia/Nº total de niños <6 años bajo control)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local mensual
Controlar la malnutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares	Al menos el 50% de los niños de 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o Score de peso/talla	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niñas/os entre 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 9 años que mejoran su dg nutricional integrado /Nº total de niñas/os entre 2 a 5 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	Al menos el 50% de los niños de 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado IMC	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 9 años.	(Nº de niñas/os entre 6 a 9 años que mejoran su dg nutricional IMC /Nº total de niñas/os entre 6 a 9 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	Al menos el 50% de los niños de 2 a 9 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 9 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 9 años que mejoran su perímetro de cintura/Nº total de niñas/os entre 2 a 9 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	Al menos el 90% de los niños de 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 5 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 5 años que mejoran su capacidad motora/Nº total de niños/as entre 2 a 5 con control realizado por el programa vida sana) * 100	Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	60% de niños bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	(Nº de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente /Nº de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Mejorar y mantener la salud bucal de niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Aumentar 10% en la cobertura de altas odontológicas totales en los niños de 2 a 5 años inscritos y validados	Atención odontológica integral a niños menores de 2 a 5 años.	(Número de niños de 2 a 5 años con alta odontológica total/Número total de niños de 2 a 5 años inscritos y validados)*100	Odontólogo	Registro local trimestral
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro CEOD	Evaluación del estado de salud bucal de la población de 2 a 6 años	(Número de niños de 2 a 6 años con CEOD/Número total de niños de 2 a 6 años con ingreso odontológico)*100	Odontólogo	Registro local trimestral
Disminuir la prevalencia de obesidad.	Disminuir en un 10% la prevalencia de obesidad en la población menor de 6 años bajo control	Sesiones educativas a padres y/o cuidadores de niños obesos menores de 6 años.	(Nº niños obesos menores de 6 años / total de niños menores de 6 años bajo control)*100	Nutricionista	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
	Presentación y entrega de material educativo en establecimientos educacionales de la comuna	(Nº de charlas realizadas en establecimientos/total d establecimientos educacionales e la comuna) x 100	Equipo de salud		Registro local mensual
	Controles nutricionales cada 2 meses. Talleres grupales de fomento al deporte y alimentación saludable (preparación de comidas) Premios o incentivos por bajas de peso	(nº de niños <6 años con dg de obesidad/nº niños <6 años bajo control)*100	Nutricionista Kinesiólogo		Registro local trimestral
Disminuir la prevalencia de sobrepeso .	Disminuir en un 3% la prevalencia de sobrepeso en la población menor de 6 años bajo control	Sesiones educativas a padres y/o cuidadores de menores de 6 años con sobrepeso.	(nº niños con sobrepeso menores de 6 años / total de niños menores de 6 años bajo control)*100	Nutricionista	Registro local trimestral
Mejorar y mantener la salud bucal de Niñas y niños menores de 10 años.	Alcanzar el promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses/Nº total de niñas/os de 24 a 4 meses bajo control)	Odontólogo	Registro local trimestral
	Alcanzar el promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscrito en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses/Nº de niños de 48 a 71 meses bajo control)	Odontólogo	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años	(Nº de niños/as de 2 a 5 años con registro de CEOD/ Nº total de niños/as de 2 a 5 años con ingreso odontológico) * 100	Odontólogo	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Aumentar la atención de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de niños/as (5 a 9 años) por trastornos mentales	(Nº de niños/as de (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos mentales 2016(MENOS) Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2015 /Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos (2015)) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Mantener cobertura de tratamiento de trastornos mentales de 5 a 9 años	Atención integral de niños/as (5 a 9 años) por trastornos mentales bajo control	(Pob bajo control por trastornos mentales de 5 a 9 años/Pob inscrita y validada de 5 a 9 años)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar el número de altas clínicas de niños con problemas o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de niños con trastornos mentales	(Número de niños de 5 a 9 años con alta clínica por trastornos mentales año vigente-número de 5 a 9 años ingresados por trastornos mentales año anterior/Número de niños de 5 a 9 años en tratamiento año anterior)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar las VDI de niños en riesgo psicosocial en relación al año anterior	Visitas domiciliarias integrales en niños de riesgo psicosocial	(Número de niños con riesgo psicosocial que recibe VDI año vigente-Número de niños que recibieron VDI año anterior/Número de VDI años anterior)*100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Establecer una línea base de niños y niñas en tratamiento por trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Niñas y niños en tratamiento por trastorno Hipercinético (0 a 9 años)	Nº de niñas/os en tratamiento por Trastorno Hipercinético (0 a 9 años) población beneficiaria validada por FONASA de niñas y niños de 0 a 9 años) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral	
Línea base de casos revisados en consultoría de Salud Mental a niñas/os (0 a 9 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental	(Nº de casos revisados en consultoría de salud mental de niñas/os de (0 a 9 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2015) x 100	Psicóloga	Registro local mensual	
Aumentar las VDI en niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Nº de niñas y niños en riesgo psicosocial que reciben VDI 2015)- N° de niñas y niños en riesgo psicosocial que reciben VDI(2014)-Nº de niñas y niños en riesgo Psicosocial que reciben VDI 2014)) X 100	Asistente social	Registro local mensual	
Mantener y mejorar la salud bucal de la población infantil de 2 a 5 años	100% de los ingresos a tratamiento odontológico tienen registro de CEOD a los 2 a 5 años de edad	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años	Odontólogo	Registro local trimestral	
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/retraso en el DSM	100% de niñas y niños < 4 años que en primera evaluación presentan rezago son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM	Actividades de estimulación Programa Chile Crece Contigo	Enfermera	Registro local mensual	

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit(riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidad de estimulación del DSM	Derivación a sala de estimulación DSM	(Nº de niñas/os menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación *100 desarrollo psicomotor)	Enfermera Encargado Chile Crece municipal	Registro local trimestral
	100% de niñas/os menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niños o niñas con déficit de DSM /Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) *100	Enfermera	Registro local trimestral
	90% de los niños y niñas detectados con riesgo y/o retraso en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8,18 y 36 meses recuperadas/los	Reevaluación de niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niños y niñas diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera y recuperadas(os) en las reevaluación/Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8,18 y 36 meses) * 100	Enfermera	Registro local mensual
	Línea base de niños y niñas que cumplen tratamiento en sala de estimulación se recuperan	Recuperación de niños y niñas con déficit o rezago en el DSM egresados de Sala de Estimulación	(Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la reevaluación del DSM/Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)* 100	Enfermera Encargado Chile Crece municipal	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome Bronquial Obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome	(Nº de niños y niñas bajo control con SBOR recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2016 (MENOS) N° de niños bajo	Médico	Registro local trimestral

a 9 años en la atención primaria de salud	de 0 a 9 años, a control en atención primaria de salud	bronquial obstrutivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud	control 2015/Nº de niños bajo control 2015)*100	Kinesióloga
--	---	---	--	--------------------

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	90% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA baja en menores de 5 años	(Nº de casos de cierre de cierra de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicador/Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)	Kinesióloga SOME	Registro local post caso

SALUD DEL ADOLESCENTE

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRIH	Monitoreo
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectoriales 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 (2016)(MENOS)(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2015) * 100	(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2016)(MENOS)(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales (2015) * 100	Psicóloga	Registro local trimestral
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	15% de controles realizados a población de 10 a 19 años inscritos y validados	Control de Salud Integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles realizados, según sexo/total de aplicaciones)Nº total de controles planificados, según sexo) * 100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de edad fértil	Aumentar en un 2% los controles preconcepcionales de las mujeres de edad fértil en relación al año anterior	Control preconcepcional	(Nº de controles preconcepcionales /Nº total mujeres en edad fértil inscritas) x 100	Enfermera	Registro local trimestral
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Aumentar el 2% 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) x 100	Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).	Aumentar en 2% las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2016(MENOS)Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015)/Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2015) * 100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Cobertura de vacunación	95% cobertura	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan quinto año básico y que recibieron primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico)/Nº de niñas matriculadas en 5º básico) * 100	Enfermera	Registro local mensual
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes	100% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista	Control de salud integral “Joven Sano” a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de adolescentes, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud Integral “Joven Sano” realizados) x 100	Matrona Médico Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	Aumentar un 10% el número de consejería en SSR otorgadas a adolescentes mujeres y hombres	Consejería en SSR	(Nº consejerías en SSR realizadas (2016) menos Nº Consejerías en SSR realizadas (2015))/Nº Consejerías en SSR realizadas 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS	Aumentar en un 10% consejería en salud sexual reproductiva y en prevención de VIH e ITS	Consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2014)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes realizadas el año 2014)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa	Aumentar en 25% el ingreso de Adolescentes al programa de regulación de fertilidad, en comparación al año anterior	Control de regulación de fertilidad en adolescentes	(Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2016)(Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2015)/Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2015)*100	Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años	Aumentar un 10% linea base 2014 el número de consejería en regulación de fertilidad otorgada a adolescentes	consejería en regulación de fertilidad	(Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2016(MENOS)Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2015)/ N° de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2015)x100	Matrona	Registro local trimestral
			ITS realizadas a personas de 20 a 24 años 2015/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas a personas de 20 a 24 años 2015)x100		
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema del alcohol en adolescentes	100% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol reciben intervención breve(o intervención preventiva)	intervención preventiva(o intervención breve)	(Nº de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol que reciben intervención breve o intervención preventiva/Nº total de adolescentes con consumo riesgoso x 100	Psicólogo Médico	Registro local trimestral
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en jóvenes	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento Craftt, al 90% de los controles preventivos de 15 a 19 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol	(Nº de consultantes, entre 15 y 19 años, con tamizaje N° población inscrita válida de FONASA entre 15 y 19 años)*100	Matrona Médico Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Detestar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causen morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años	Incrementar al menos un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de 20 a 24 años inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años 2016(MENOS)(Nº de EMPA realizado a población 20 a 24 años(2015)/ Nº de EMPA realizado a población 20 a 24 años(2015)*100	Matrona Médico Enfermera Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Nº de resultados de EMP de presión arterial elevada=PA140/90mmHg/Nº de EMP realizado)*100	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 20-24 años con diabetes respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabéticos en personas de riesgo: obesos, antecedentes familiares de diabéticos, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad entre otras alternativas	(Nº de resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl/Nº de EMP realizados)*100	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior	Realizar exámenes de VIH en personas de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad 2015(MENOS)Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad el 2014)/ Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad el 2014)*100	Médico Matrona	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Aumentar el ingreso a tratamiento por trastornos mentales a la población adolescente inscritos	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de trastornos mentales	(Nº de adolescentes que ingresan tratamiento de trastornos mentales/población adolescente inscrita validada)*100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios	Aumentar en 5% la población bajo control de 10 a 19 años en el programa IRA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	((Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA actual)(MENOS)/(población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior)/(población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior)*100	Médico Kinesióloga	Registro local trimestral
Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 24 años en el programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2016(MENOS)/Población de 20 a 24 años bajo control programa ERA año 2015/Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes	Incrementar en al menos 15% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	Cobertura hipertensos (2016)(Menos) Coberturas Hipertensos (2015) Coberturas Hipertensos (2015)	Médico	Registro local trimestral
	Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmHg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	Proporción de metas de compensación (2016)(MENOS) proporción de metas de compensación (2015) Proporción de metas de compensación(2015)*100	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura Diabéticos (2016)(MENOS) / Cobertura Diabéticos(2015)/Cobertura Diabéticos (2015)	Médico	Registro local trimestral

SALUD DEL ADULTO

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Contribuir en la mejora de niveles de compensación de la población cardiovascular, mediante la adecuada utilización de las terapias farmacológicas por parte de los usuarios	Realizar al menos tres talleres anuales	Incorporar temáticas farmacológicas dentro de actividades comunitarias, incluyendo medicamentos de uso habitual, consultas y dudas sobre toma de medicamentos en forma grupal o individual. Prevención y autocuidado	(nº de talleres realizados/nº de talleres programados)*100	Químico farmacéutico	Registro local trimestral
Detectar en forma oportuna condiciones preventibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen Preventivo del Adulto(EMPA) en personas de 25 a 64 años	Incrementar en un 5% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medición Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	(Cobertura EMPA 2016)(MENOS)Cobertura EMPA 2015)	Encargado FSCV	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del Hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los adultos, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	Establecer un sistema de notificación entre hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)X 100	Administrativo SOME	Registro local trimestral
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en personas adultas de 25 a 64 años	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas reduce el 5% o más de su peso corporal	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que reducen el peso/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas mejora el perímetro de cintura	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que mejora el perímetro de cintura/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral
	50% de personas adultas entre 25 a 64 años intervenidas mejora su condición física	Programa Vida Sana (PVS) destinado a personas adultas entre 25 a 64 años	(Nº de personas adultas entre 25 a 64 años que participan del PVS que mejora su condición física/Nº total de personas adultas entre 25 a 64 años ingresados por el programa vida sana)x 100	Nutricionista	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Prevenir o detectar la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses/Nº total de adultos bajo control en PSCV (Hipertensos y Diabéticos) al corte) x100	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de personas de 25 a 64 años de hipertensión arterial	Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA año 2016(MENOS)proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2015)/ proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2015)*100	Médico Nutricionista Matrona Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25 a 64 años de diabetes	Aumentar en un 10% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad entre otras alternativas	(Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2016(MENOS)proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015)/Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con DM año 2015)	Médico Nutricionista Matrona Enfermera	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	90% de personas de 25 a 64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAI vigente	Evaluación Anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAI vigente	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses/Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)×100	Médico Enfermera	Registro local trimestral
	100% de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas		(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con ulceras activas de pie)×100	Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25 a 64 años 2016(MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años año 2015)Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, año2015)*100	Médico Matrona	Registro local trimestral
	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(Nº total de exámenes VIH realizados 2016(MENOS)Nº de exámenes VIH realizados año 2015)Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años, año2015)*100	Médico Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de sexualidad segura	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016(MENOS)Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar las personas con Factores protectores para la salud	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección de alcohol y drogas con base a instrumento AUDIT o ASSIST en adultos e intervención breve o consejería	Intervención preventiva en adultos, realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería	(Nº de intervenciones preventivas/Nº de población inscrita validada FONASA entre 25 y 64 años)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas 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	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	(Nº de mujeres (25 a 64 años) que ingresan a Violencia de Genero 2016 (MENOS) N° de personas adultas (25 A 64 años) ingresan a violencia de genero año 2015/Nº total de personas adultas (25 A 64 años) ingresan a violencia de genero año 2015)*100	Médico Psicóloga Asistente social	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas hipertensas de 20-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos(2016)(MENOS) cobertura hipertensos (2015))	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial de <140/90 mmHg, en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		Proporción de metas de compensación 2016)(MENOS) proporción de metas de compensación 2015)/ Proporción de metas de compensación 2015	Médico	Registro local trimestral
	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de diabéticos en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos 2016)(MENOS) Cobertura diabéticos 2015)/ Cobertura diabéticos 2015)	Médico Encargado PSCV	Registro local trimestral
	Incrementar en al menos 15% la proporción de diabetes de 25-64 años bajo control PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		(Proporción de metas de compensación 2016)(MENOS) proporción de metas de compensación 2015)/ Proporción de metas de compensación 2015	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
	Aumentar en un 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticos tipo 2 en PSCV con HbA1c<7%, PA <130/80 mm/Hg y Col LDL < 100mg y Col LDL <100 mg		(Proporción 2016)(MENOS)(Proporción 2015)/(Proporción año 2015)	Médico	Registro local trimestral
Evaluar la calidad de atención (Cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV	(Proporción 2016)(MENOS)(Proporción 2015)/(Proporción año 2015)	Médico Enfermera	Registro local trimestral
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2016(MENOS)) ⁿ de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas año 2015)/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2015)*100	Matrona Médico	Registro local trimestral
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de coletirosis en población general de 35 a 49 años	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de coletirosis	(Proporción de detección de coletirosis años vigente (menos) proporción de detección de coletirosis año anterior/Proporción de detección de coletirosis año anterior.	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mejorar la calidad de vida y atención integral en personas de 25-64 años con cáncer	Al menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con diagnóstico oncológico	Atender en forma integral a personas oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa /Nº de población bajo control por dependencia moderada y severa)×100	Enfermera Asistente social Técnico paramédico	Registro local trimestral
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios	Aumentar en 10% la población bajo control de 25 a 64 años en el programa ERA	Pesquisar, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2016(MENOS) población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)/ población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015)*100	Kinesióloga	Registro local trimestral
		Incrementar en un 20% la proporción de asmáticos controlados de 25 a 64 años bajo control en programa ERA según niveles de control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en sala ERA	Kinesióloga	Registro local trimestral
		Incrementar en un 20% de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en programa	Optimizar el tratamiento de los pacientes EPOC de 40 a 64 años bajo control en sala ERA	Kinesióloga	Registro local trimestral
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años	100% de cobertura en altas totales s odontológicas programada en adultos de 60 años inscritos validados	Atención Odontológica integral del adulto de 60 años	(Nº de adultos de 60 años con altas odontológicas totales/Total de adultos de 60 a 64 años inscritos y validados)×100	Odontólogo	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con trastornos mentales	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con trastornos mentales	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2016)(MENOS)Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2015)/ N° de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales año 2015)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	(Nº altas clínicas por trastornos mentales año 2016)(MENOS)Nº de altas clínicas por trastornos mentales año 2015)/ N° de altas clínicas trastornos mentales año 2015)*100	Psicóloga	Registro local trimestral
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control	Aumentar de casos revisados en consultoría de Salud Mental de adultos (25 a 64 años)	Casos revisados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	(Nº de casos revisados en consultoría de salud mental de adulto (25 a 64 años)2016)Nº de adultos (25 a 64 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el año 2016)x100	Psicóloga	Registro local trimestral
	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa	(Nº de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado)Nº de adultos EPOC bajo control en sala ERA)X100	Kinesióloga	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Confeccionar un Plan de Tratamiento Integral (PTI) a los usuarios jóvenes del nivel comunitario de rehabilitación.	80% de los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación cuenta con PTI.	Realizar PTI a los usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación.	(Nº de usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación y que cuentan con PTI/No de usuarios que ingresan al nivel comunitario de rehabilitación) *100.	Kinesiólogo	Registro local mensual
Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Al menos un evento masivo en actividad física	Evento masivo en actividad física	Nº de eventos masivos en relación a la temática de actividad física	Kinesiólogo	Registro local
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. 50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad. Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	Nº total de personas que ingresan a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100 [Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	Kinesiólogo	Registro local
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Al menos 1 grupo de autoayuda por establecimiento que sesiona mensualmente.	Grupos de autoayuda por establecimiento que sesionaron en el mes (Con al menos 1 sesión en el mes)	Nº de sesiones de grupo de autoayuda mensual del año 2015/ (Nº establecimientos x 12 meses)]	Psicóloga	Registro local
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO y alta/Nº total de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual

Objetivo	Mota	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO y alta/Nº total de adultos con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual

SALUD DEL ADULTO MAYOR

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Prevenir los síndromes genéricos, pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltratado en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior el control de salud (EMPAM) en personas de 65 años y mas	Realizar controles de salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores , aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención	(Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2016(MENOS)/(Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2015)/Nº de personas de 65 años y más bajo control de salud 2015)x100	Enfermera	Registro local trimestral
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y /o riesgo de dependencia detectado en el control de salud (EMPAM)	80% de las personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizar 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 realizando 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 efectuados con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de salud (EMPAM) / Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de salud (EMPAM) vigentes)x100	Enfermera Técnico paramédico	Registro local trimestral
Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	95% Cobertura de vacunación	Administrar una dosis de vacuna Neumococica Polisacárida 23 Valente a personas de 65 años y más en control del Programa adulto mayor	(Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto mayor que recibieron una dosis de vacuna Neumococica Polisacárida 23 Valente/Nº de personas de 65 años y más en control en Programa del Adulto Mayor)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local trimestral

Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	RRHH	Monitoreo
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados	95% Cobertura de vacunación	Administrar una dosis de vacuna Influenza a personas de 65 años y más	(Nº de personas de 65 años y más que recibieron una dosis de vacuna Influenza/Nº de personas de 65 años y más inscritas)*100	Enfermera Técnico paramédico vacunatorio	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM	Aumentar en un 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, etc sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM	(Proporción de personas bajo control >70 años que reciben PACAM año 2016(MENOS) proporción de personas bajo control >de 70 años que reciben PACAM año 2015)	Nutricionista	Registro local trimestral
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica	Aplicar la "Ficha de prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)x100	Médico	Registro local mensual
Prevenir la Progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC>30 mg/gr.s.)	100% de las personas diabéticas de 65 años y más bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IEA o ARA II	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con microalbuminuria en el PSCV	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses /Nº de personas de 65 años y más diabéticas bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte)x100	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta)/Nº Total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)X100	Administrativo SOME Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y mas	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Cobertura 2016 (MENOS) Cobertura 2015/Cobertura 2015	Médico Enfermera Matrona Nutricionista	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y mas	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, etc	(Cobertura 2016(MENOS) Cobertura 2015)/ Cobertura 2015	Médico Enfermera Matrona Nutricionista	Registro local trimestral
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, por morbilidad	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran por morbilidad, con respecto al año 2015	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados 2016(MENOS)/Nº total de exámenes para VIH realizados 2015)/(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más 2015)*100	Médico Enfermera Matrona	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH /SIDA/ITS	15% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS /Nº total de personas de 65 años y más bajo control)X100	Médico Matrona	Registro local trimestral
Aumentar detección temprana de consumo de alcohol (Solo aplica a comunas de Vida Sana alcohol)	50% de Adulto Mayor bebedor bajo control con AUDIT aplicado	Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde	(Nº de Adultos Mayor bebedor bajo control con AUDIT aplicado/Nº de Adulto Mayor bebedor bajo control)X100	Médico Enfermera	Registro local trimestral
Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos mentales	Aumentar el número de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 en relación año anterior	Aplicar instrumento de tamizaje para trastornos mentales GHQ-12	(Nº de M que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicando 2016(MENOS) Nº de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicando 2015)/Nº de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicando 2015)X100	Psicóloga	Registro local trimestral

OBJETIVO ESPECÍFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnóstico de trastornos mentales	Bridar cobertura de tratamiento por trastornos mentales a personas de 65 años y más	Atención a personas de 65 años y más en tratamiento por diagnóstico de trastorno mental	(Nº de personas de 65 años en tratamiento (bajo control) 2016)/ Población inscrita y validada por FONASA de 65 años y más)×100	Psicóloga	Registro local trimestral
	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por alta clínica de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de altas clínicas 2016/ Población bajo control por trastornos mentales de 65 años y más)×100	Psicóloga	Registro local trimestral
Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer	Aumentar la cobertura de pesquisa a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias	Consulta médica ante sospecha de Alzheimer y otras demencias a personas de 65 años y mas	(Nº de personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer 2016)(MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas con 2015)/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas con 2015)×100	Enfermera Médico	Registro local trimestral
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y mas	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en PSCV	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y mas	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmHg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)/(Proporción de metas de compensación 2015)/(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control	Incrementar un 15% la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS)/(Proporción de metas de compensación 2015)/(Proporción de metas de compensación 2015)	Médico	Registro local trimestral
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y mas	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10% hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años	(Proporción de Metas de compensación 2016)(MENOS) Proporción de metas de compensación(2015)/ Proporción de metas de compensación(2015)	Médico	Registro local trimestral

OBJETIVO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAI vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)x100	Médico	Registro local trimestral
	80% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control con ulceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de ulceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos)	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con ulceras activas de pie tratadas con manejo avanzado)/Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)x100	Enfermera	Registro local trimestral
Mejora la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en PSCV	Al 60% de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	((Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente)/(Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresados a PSCV por Diabetes)(MENOS)(egresos a PSCV por diabetes))x100	Médico Encargado convenios	Registro local trimestral

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más	Aumentar al 80% la población de 65 años y más bajo control en el Programa IRA	Pesquisar, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consulten por morbilidad o urgencia y son derivados a Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control actual(MENOS) Población de 65 años y más bajo control año anterior)/ Población de 65 años y más bajo control año anterior)*100	Médico	Registro local trimestral
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar en un 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de rehabilitación	Realizar programa de rehabilitación pulmonar de usuarios	(Pob 65 y más bajo control programa rehabilitación- Pob bajo control 2015/Pob bajo control año anterior)*100	Médico	Registro local trimestral
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas juego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio	Acceder a la atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de las 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	Kinesiólogo Administrativo SOME	Registro local mensual
Promover acciones de promoción de estilo de vida saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	Nutricionista	Registro local trimestral
		Educación grupal en alimentación saludable y actividad, priorizando el entorno comunal y laboral	Una actividad educación grupal realizada 1 vez al año	Nutricionista	Registro local trimestral

OBJETIVO ESPECIFICO	META	ACTIVIDAD	INDICADOR	RRHH	Monitoreo
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adulta mayor con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO	100% de los ingresos a tratamiento odontológico con alta preventiva/integral y control 2 veces al año	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población adulta mayor con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO, aplicación de medidas de prevención, protección específica y terapéutica si procede	(Nº de adultos mayores con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO y alta/Nº total de adultos mayores con riesgo de EBSA o bajo administración de TACO e ingreso odontológico) *100	Odontólogo	Registro local mensual