San Miguel
más que una comuna

2015-2019

PLAN DE SALUD COMUNAL SAN MIGUEL

CORPORACION MUNICIPAL San Miguel

DIRECCIÓN DE SALUD

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE SAN MIGUEL

El Plan de Salud de San Miguel 2015-2019, ha sido elaborado en conjunto con los Equipos Técnicos de los Centros de Salud de la Comuna, quienes fueron los encargados de recoger la información desde sus territorios.

Colaboraron es esta versión aportando insumos para el diagnóstico y planificación:

- Victoria Aliste
- Jimena Araya
- Karina Barrios
- Claudia Beltrán
- Carolina Cancino
- Loreto Carrasco
- Valentina Cleargett
- Carolina De La Barra
- Priscilla Duarte
- Claudia González
- Zaidita Jacome
- Oubada Kabani
- Pamela Lara
- Paola López
- Margarita Luna
- Tamara Maza
- María José Nuche
- Sergio Orrego
- Loreto Oviedo
- Fernanda Poblete
- Roxana Pozo
- Yarmila Rajdl
- Paulina Rebolledo
- Dayana Reyes
- Jorge Riquelme
- Giovanna Rojas
- Lucy Rojas
- Daniel Ruiz
- Andrea Sandoval
- Loreto Silva
- Roxana Velásquez
- Verónica Zambrano

Coordinadora general y editora: Isabel Guzmán

I Introducción ……..……..3
II Diagnóstico de Salud de la Comuna……..….4
Descripción de la situación socio-histórica y cultural del territorio
Caracterización socio-histórica
Caracterización geográfica de recursos naturales
Organización política y administrativa
Recursos y servicios. Instituciones educativas y culturales
Saneamiento ambiental, servicios básicos, desechos sólidos
Descripción de los servicios de salud existentes
Establecimientos de salud en la comuna
Caracterización socio-demográfica de la población……12
Población
Esperanza de vida
Mortalidad general e índice de Swaroop
Mortalidad por ciclo vital
Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) y Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP)
Morbilidad
Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS)
III Población inscrita y dotación de Recursos Humanos en San Miguel……..30
Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)
IV Plan de Cuidados de Salud de la Población por ciclo vital……34
Salud Materna y Neonatal
Salud Infantil
Salud en la Adolescencia y Juventud
Salud del Adulto
Adulto Mayor
V Estrategias Transversales de Salud Comunal……...41
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de San Miguel
Participación social y Promoción de la salud comunal.
Plan Colaborativo con los Consejos de Desarrollo Local
Diagnósticos Participativos
Instalación de equipos de salud multidisciplinarios en Escuelas Municipales
Salud Intercultural.
Encuesta nacional de Satisfacción Usuaria.
VI Plan Anual de Capacitación Comunal 2015……50
PAC LOCAL 2015 SAN MIGUEL
PAC SSMS
VII Desafíos 2015……..51
Puesta en marcha CESFAM Barros Luco.
Reposición CESFAM Recreo
Proyecto bodega de farmacia comunal.
Reposición del Carro Móvil Dental
Participación en proyecto Equity II

Anexos
Presupuesto 2015
Plan de Cuidados
PAC 2015
Bibliografía

I INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud de San Miguel ha sido elaborado con la intención de ser un referente de la salud comunal durante los próximo 5 años, que permita registrar y visualizar las dinámicas e impactos sanitarios en nuestra población; desde una perspectiva de salud pública y haciendo énfasis no solamente en lo epidemiológico sino también en los procesos de construcción colectiva de la salud, pretende ser esta versión, la línea base de una proyección en el tiempo que aspira a tener el 2019 evidencia de los avances en la calidad de vida que ofrece la comuna.

Basados en los datos demográficos y considerando las prioridades sanitarias nacionales, es posible pensar la situación de Salud de la comuna y generar estrategias tanto transversales como por ciclo vital, que permitan disminuir las brechas e inequidades actuales en salud.

El trabajo por territorio de los Equipos de Cabecera, es una función clave que presenta muchos desafíos al día de hoy y en el abordaje de la Salud Familiar y Comunitaria; sobre todo porque amerita un salto cualitativo en la planificación de los recursos, que sabemos son limitados, así como en la puesta en juego de una participación social en salud, desde el marco de la corresponsabilidad y el enfoque de derechos.

La planificación en salud, si bien tiene objetivos concretos e indicadores claros para medir impacto, necesita también una mirada dinámica a lo social, integradora en lo diverso, que releve lo particular y aporte a lo colectivo, pertinente en lo territorial y solidaria en las necesidades.

La planificación impone exigencias técnicas importantes para los equipos, sin embargo marca la diferencia cuando se logra humanizar los proyectos; cuando el énfasis se hace en el derecho a una salud digna y de calidad, comenzando por un trato amable y cercano.

En estos 5 años se espera no sólo mejorar los indicadores sanitarios comunales, sino también poder registrar experiencias de trabajo territorial con énfasis en la participación social como factor protector de la salud, en el que confluya el trabajo intersectorial y en red de todos los actores comprometidos en la calidad de vida de la población de San Miguel.

II DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNA.

Descripción de la situación socio-histórica y cultural del territorio.

Caracterización socio-histórica.

EL 22 de diciembre de 1891 se crean, al interior del Departamento de Santiago, municipalidades urbanas y rurales, con sedes y subdelegaciones, con la “ley de comuna autónoma se crea la comuna de Ñuñoa a la cual pertenecía el territorio de San Miguel. El 10 de Agosto de 1896, siendo presidente Don Jorge Montt, se crea oficialmente la comuna de San Miguel, el territorio de la comuna al momento de su fundación era al norte con la Comuna de Santiago en el Zanjón de La Aguada, al oriente la Calle Santa Rosa con Ñuñoa, al Poniente el Camino a Melipilla con Maipú, y al sur el Callejón Lo Ovalle con el Departamento de La Victoria (San Bernardo). En aquella época lo cruzaban 2 grandes vías: El "Camino del Sur" que era la continuación de San Diego y atravesaba el Llano Subercaseaux, y el "Camino de Santa Rosa", prolongación de la misma Avenida hacia el sur. Los predios más grandes eran "El Llano Subercaseaux" propiedad de Ramón Subercaseaux, el "Fundo Santa Rosa" de don Servando Arteaga, y la "Chacra Ochagavía" de don Silvestre Ochagavía. (1)

El Nombre de la Comuna se remonta hacia el siglo XVI, lleva el nombre de San Miguel por una manda realizada por don Gaspar Banda Aguilar, quien acompañó a Don Diego de Almagro en la aventura de la conquista de Chile. Cuando en 1535 Don Gaspar retorna a su país, el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición lo persigue por hereje. Del proceso sólo vendría a liberarlo una manda que hizo a San Miguel Arcángel y que cumplió elevando en su memoria una ermita en las tierras de esta Comuna y donde en la actualidad se encuentra la iglesia de San Miguel, ubicada en el paradero 6 de la Gran Avenida José Miguel Carrera; 300 años después el nombre dedicado a esta ermita servirá de nombre bautismal a todo el lugar.(2)

Hacia 1900 el desarrollo poblacional de la comuna es precario, habitaban en la Comuna de San Miguel cerca de 7.000 personas. A finales de Siglo ya se comenzaban a definir dos poblaciones al sur del Zanjón de la Aguada, la población Montel (sector del Llano Subercaseaux) y al sur de ella la población Eyzaguirre. Progresivamente, la mayor parte de los rancheríos de este sector fueron desapareciendo, salvo los situados a las orillas del Zanjón de la Aguada. En lugar de los ranchos comenzaron a proliferar conventillos, cites o pasajes de pequeñas casas destinadas a obreros. Sin embargo estas mejoras eran modestas, y bastaba con una lluvia para generar grandes inundaciones derivadas de la salida del Zanjón e incluso llegaban los caudales del Mapocho. Para el siglo XX inician una serie de mejoras sanitarias, se crea para la zona sur de Santiago el Hospital Barros Luco en 1911 y en 1910 se concluye con el alcantarillado de Santiago otorgando una cobertura de menos de la mitad del área urbana, lo cual también se complementaba con el aumento de cobertura de agua potable. Funcionaba el sistema Tranvía

Santiago- la Cisterna que atravesaba la comuna y que funcionó hasta 1959 sustituidas por las micros y para 1978 se construye la línea 2 del metro.(3) Finalmente en 1963 se divide el Departamento de Santiago y se crea el Departamento de Pedro Aguirre Cerda que constaba de las Comunas La Cisterna, San Miguel y la Granja. Para 1980 por decreto de ley se establece la comuna, enclavada en el centro sur de la comuna de Santiago, inicialmente incluía a las comunas de San Joaquín y Pedro Aguirre Cerda desprendiéndose cada una en 1987 y 1991 respectivamente (3)(2)

Caracterización geográfica y recursos naturales.

La comuna de San Miguel consta de una extensión territorial de 9.5 kilómetros cuadrados, se caracteriza por ser una comuna eminentemente urbana (100%), no posee cuencas, ríos ni otras recursos hídricos dentro de sus límites, limita con las comunas de Santiago al norte, Pedro Aguirre Cerda al poniente, San Joaquín al oriente y al sur con La Cisterna y San Ramón.

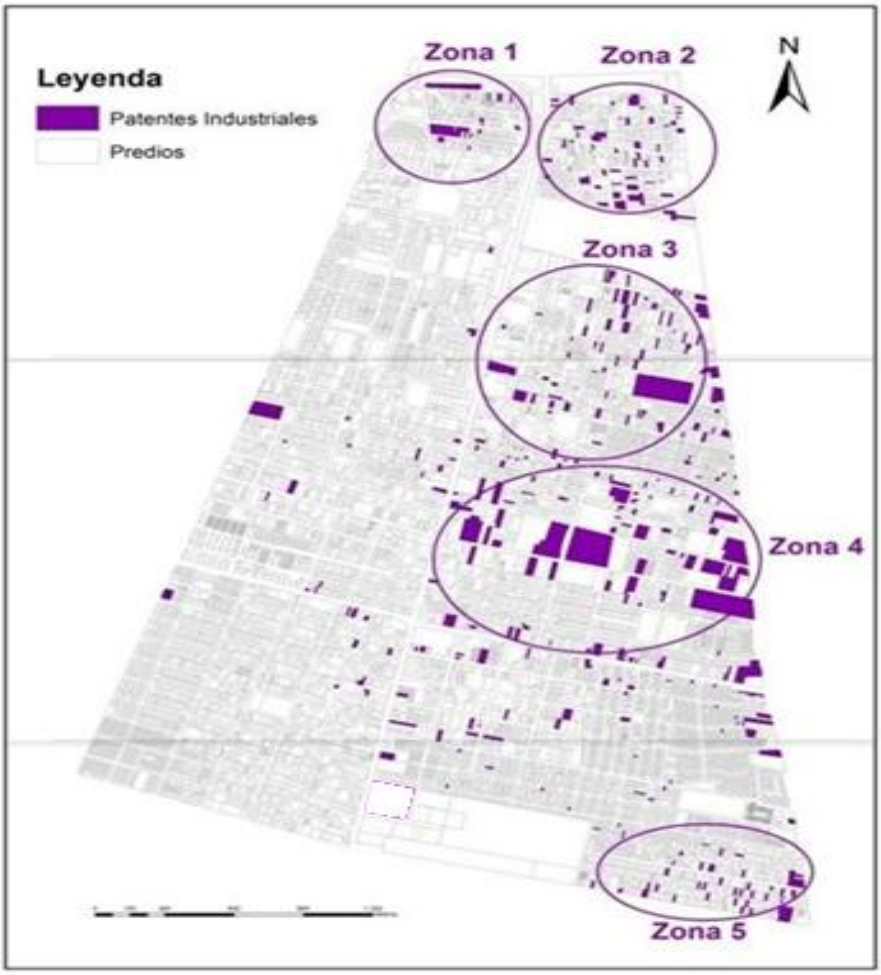
Figura 1. Distribución Geográfica Comuna de San Miguel

Fuente: Google mapas

Según el catastro de la municipalidad, el suelo comunal se distribuye con un 52% de viviendas, donde se destacan viviendas sociales antiguas, barrios históricos y viviendas de altura. La actividad productiva corresponde a un 18.6% de la distribución comunal donde conviven industrias, fábricas y talleres. La mayoría de este importante sector industrial de la comuna se ubica en el sector oriente de la misma. El área industrial y Habitacional se encuentra mezclada en el suelo comunal, hay una estrecha relación entre lo residencial y la actividad productiva. (4)

Según INE-MINVU, San Miguel ocupa, dentro del Gran Santiago el séptimo lugar con mayor superficie ocupada por industrias. Posee una “zona Industrial exclusiva”, donde se encuentra la industria MADECO S. A. donde se realizan procesos industriales de materia prima como cables.

Figura 2. Distribución Geográfica de la Zonificación de las concentraciones más importantes de patentes industriales. Zona 4 corresponde a MADECO S.A. (4)



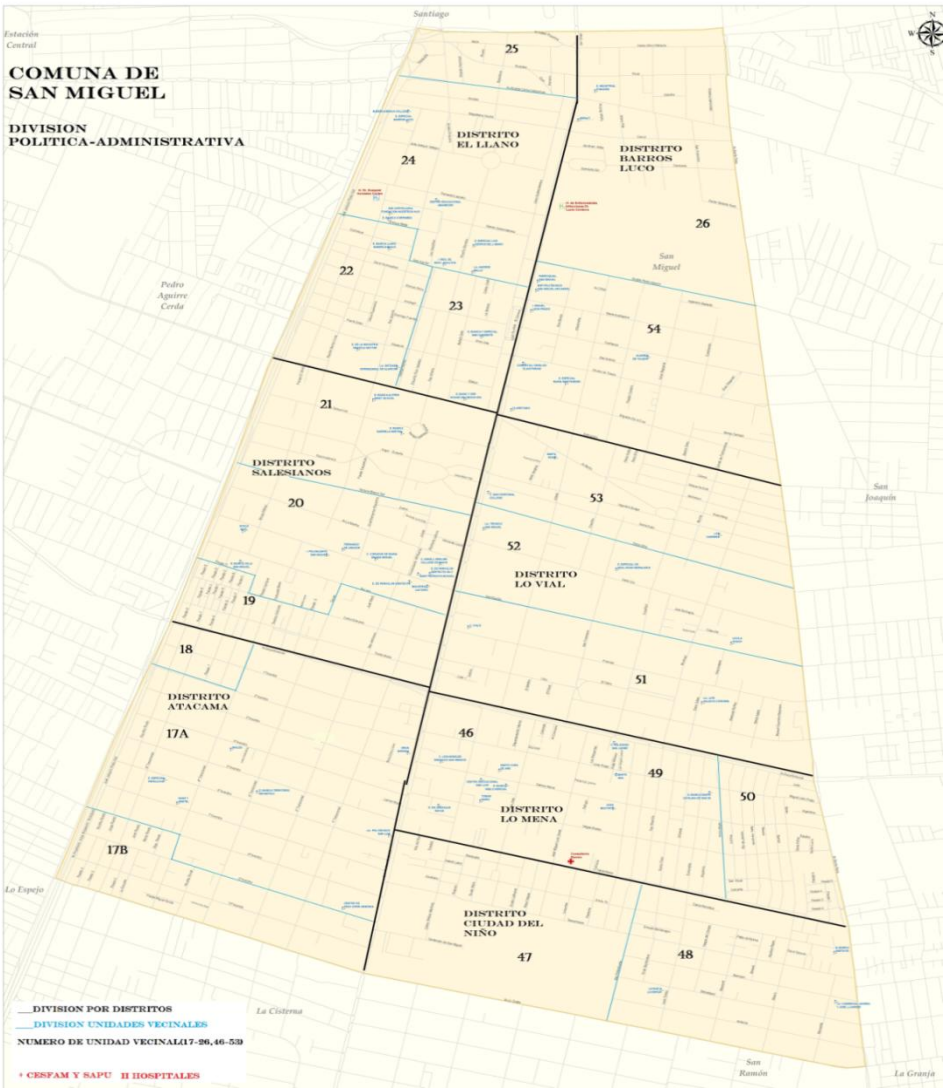
Las zonas verdes de la comuna están caracterizadas por la Municipalidad como parques con una extensión mayor a las 4 hectáreas y plazas con una extensión mayor a 0,12 hectáreas. San Miguel consta de 17 plazas y 2 parques, dejándola con un déficit en zonas verdes con aproximadamente 2 m2/hab. Cuando lo recomendado por OPS es 9 m2/hab. El total de áreas verdes de la comuna de acuerdo al levantamiento de la Dirección de Medio Ambiente y a la metodología planteada entre plazas y parques, corresponde a 172.552 m2.(5)

Organización política y administrativa.

El municipio se divide en siete unidades distritales: El Llano, Barros Luco, Salesianos, Lo Vial, Atacama, Lo Mena y Ciudad del niño. Esta división política

administrativa también se divide en unidades vecinales, 20 de ellas distribuidas en los 7 distritos, cada unidad vecinal identificada con una o varias juntas de vecinos inscritas en la municipalidad.

Figura 3: División Política y Administrativa de San Miguel



Fuente: Biblioteca Nacional del Congreso, Adaptación Dirección de Salud San Miguel.

Recursos y servicios. Instituciones educativas y culturales.

Instituciones Educativas:

San Miguel cuenta con 49 centros educativos distribuidos en el territorio de la comuna de la siguiente manera: 23 instituciones de educación básica, 9 de educación media y 17 centros educativos que cuentan con educación básica y media. De los 49 centros, 9 son dependientes de la Corporación Municipal de San Miguel, 3 de ellos con educación media

Instituciones de Servicio:

Debido a la gran actividad comercial de la comuna, esta cuenta con múltiples prestadores de servicios tanto públicos como privados; la mayoría distribuidos a lo largo de la gran avenida sobre todo en el centro de la comuna. Entre ellos podemos mencionar: Oficina de Registro Civil; Servicio de impuestos internos SII, Correos de Chile, Compañías de Seguros, AFP, ISAPRES, Servicios de Comunicación Telefónica e internet, Centros Médicos y Dentales privados, Bancos y Financieras.

Instituciones culturales y religiosas.

En la infraestructura cultural y religiosa que se considera patrimonio dentro de la comuna de San Miguel existen varios inmuebles, tales como: el Portal de Acceso y la Capilla del Hospital Barros Luco, La Iglesia San Miguel, La Capilla y Colegio Claretiano y La Iglesia Metodista. Otros inmuebles de conservación histórica que podemos mencionar son las bodegas Viña Concha y Toro y las Bodegas Subterráneas de la Viña Subercaseaux.

Algunas viviendas representativas de la época también se conservan dentro de la comuna, entre ellas: la antigua casa de Don Ramón Subercaseaux ubicada en El Llano Subercaseaux 3519-B y que funciona actualmente como “Casa de la Cultura” donde se desarrollan distintas actividades. La comuna cuenta también con un Teatro Municipal ubicado en Gran Avenida José Miguel Carrera 3418, con 2 bibliotecas y un bibliometro ubicado en la estación de metro Ciudad del Niño.

Recursos recreativos.

La mayoría de las plazas de la comuna cuentan con zonas verdes y juegos infantiles disponibles para la población, algunas plazas cuentan con otras infraestructuras para la recreación como la plaza “12 de octubre” ubicada en El Llano, esta cuenta con mesas de ping pon y con un escenario que convoca habitualmente a la comunidad en distintas actividades del barrio.

Las instalaciones deportivas de la comuna son el Gimnasio Municipal de San Miguel, el Gimnasio Colón América de San Miguel, el Estadio El Llano, Estadio La Montura y el Estadio Atacama (7).

Saneamiento Ambiental, Servicios básicos, desechos sólidos.

Agua Potable,

La infraestructura de servicio de agua potable tiene cobertura de la totalidad de la comuna, no presenta captaciones ni estanques y se encuentra abastecida por la red de distribución siete de aguas andinas con una dotación de 389 litros/habitante/día. Este abastecimiento proviene de recursos exclusivamente superficiales de la cuenca del río Maipo, tratados para su potabilización en el

complejo de plantas Antonio Tagle y planta La Florida. Por lo que la cantidad y calidad está garantizada.

-Desechos sólidos

Son administrados por la municipalidad de San Miguel con cobertura al cien por ciento de la comuna con servicio casa a casa y de frecuencia diaria según distribución ya sea en horario diurno o nocturno. La municipalidad también cuenta con un servicio de recolección de ramas, troncos maderas y escombros de los lugares públicos. La distribución final de residuos domiciliares es fuera de la comuna a unos 68 kilómetros del centro de la comuna y su promedio mensual es de 3,120 toneladas recepcionadas. (7) Los residuos sólidos contaminados en el área de la salud son manejados por la Seremi de Salud.

-Aguas negras y Aguas lluvias.

La municipalidad pertenece a la red de alcantarillados de aguas negras de La Farfana y con cobertura del 100% de la comuna de redes de recolección. Por ser una red antigua se comparten los colectores de aguas negras con los de aguas lluvias. La pendiente del territorio permite una recolección de aguas lluvias. Ambas aguas lluvias y negras llegan al Colector Interceptor Zanjón de la Aguada, que conduce estas aguas a la Planta de Tratamiento la Farfana en la comuna de Maipú para luego ser vertidas al río Mapocho.(5)

Descripción de los servicios de salud existentes

La Gestión de la Atención primaria se realiza en red y el municipio de San Miguel pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur del Ministerio de Salud (SSMS). Las comunas que integran el SSMS son: Pedro Aguirre Cerda, San Miguel, San Joaquín, La Granja, La Cisterna, Lo Espejo, El Bosque, San Bernardo, Calera de Tango, Buin y Paine.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza en un primer Nivel de Atención compuesto por establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo. Otros niveles de mayor complejidad técnica sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos." (Art. 16. Ley Nº 19.937)

Figura 4. Servicio de Salud Metropolitano Sur y sus comunas.

Fuente: SSMS.

Establecimientos de Salud en la comuna

El Municipio de San Miguel cuenta con 3 establecimientos de Atención Primaria de Salud dentro de su área geográfica, que son administrados por la Corporación Municipal y su Dirección de Salud. Estos son: dos Centros de Salud Familiar (CESFAM), "Recreo y Barros Luco" y un Servicio de Atención primaria de Urgencia "SAPU-Recreo".

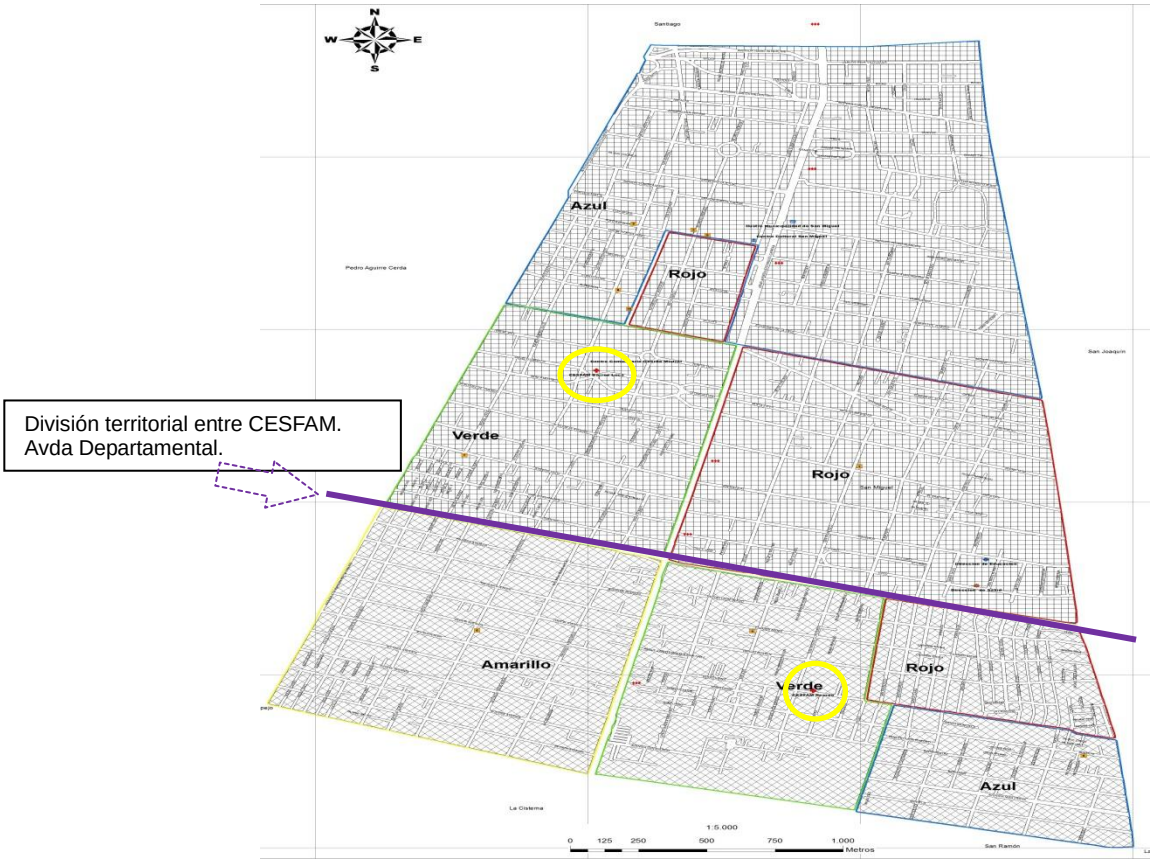
Cada CESFAM se encuentra dividido por sectores que corresponden a las coberturas territoriales que tienen en la Comuna.

Tabla 1. Distribución de Unidades Vecinales por área y CESFAM de Cobertura

CESFAM	Sector	U.V.
Barros Luco	Azul	22-23-24-25-26-54
	Verde	19-20-21
	Rojo	23-51-52-53
Recreo	Azul	48
	Verde	46-47
	Rojo	49-50
	Amarillo	17a-17b-18

Fuente: DIRSAL

Figura 5. Distribución geográfica de sectores por CESFAM y Unidad Vecinal.



Fuente: Dirsal

La ubicación de ambos CESFAM se encuentra destacado en amarillo, y considera la ubicación del nuevo CESFAM Barros Luco.

Caracterización socio-demográfica de la población.

Población.

Debido a las dificultades presentadas para la utilización de datos del Censo 2012, la Comisión Revisora Externa del Censo propone la utilización de las proyecciones disponibles y actualizadas al 2013 por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) de la CEPAL, para el total de la población Nacional.

Es así que presentaremos algunos indicadores nacionales que obedecen a dicha proyección:

Tabla 2. Indicadores por sexo y edad en Chile. CELADE 2013.

Indicadores por sexo y edad de Chile							
Indicadores demográficos	Años						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Población (en miles a mitad del año)							
Ambos sexos	17 748	17 889	18 026	18 160	18 290	18 415	18 535
Hombres	8 773	8 842	8 908	8 973	9 036	9 096	9 153
Mujeres	8 975	9 047	9 118	9 187	9 255	9 320	9 382
% de población							
0-14 años	20,8	20,6	20,3	20,1	19,9	19,7	19,5
15-64 años	69,0	69,0	68,9	68,8	68,7	68,5	68,3
65 y más	10,2	10,5	10,8	11,1	11,4	11,8	12,2
Relación de dependencia (por 100)	45,0	45,0	45,1	45,4	45,6	46,0	46,4
Edad mediana de la población	33,4	33,7	34,1	34,4	34,8	35,1	35,5
Razón de sexos (por 100)	97,8	97,7	97,7	97,7	97,6	97,6	97,6
Relación viejos/ jóvenes (por 100)	49,0	51,1	53,1	55,2	57,4	59,7	62,2
Relación niños/mujeres (por 100)	26,5	26,4	26,3	26,3	26,2	26,0	25,9
% de mujeres en edad fértil	51,1	50,7	50,3	49,9	49,5	49,2	48,8

Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2013.

Relación de dependencia =((población de 0-14 más población de 65 y más)/ población de 15-64 años) * 100

Razón de sexos = (población masculina / población femenina)*100

Relación viejos/ jóvenes = (población de 65 y más / población de 0-14) * 100

Relación niños/mujeres = (población de 0-4 / población femenina de 15-49) * 100

Porcentaje de mujeres en edad fértil = (población femenina de 15-49 / población femenina total) * 100

Si bien estos datos presentan una mínima diferencia con lo proyectado por el INE según el Censo 2002, es necesario recordar que éstos último están actualizados solo al 2012.

Tabla 3. Indicadores Región Metropolitana. INE 2012.

REGIÓN METROPOLITANA - INDICADORES SELECCIONADOS DERIVADOS DE LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN						
	Año					
	2002	2005	2010	2012	2015	2020
DINÁMICA DE LA POBLACIÓN						
Tasa Bruta de Natalidad (pmh)	15,56	14,36	14,72	14,11	13,99	13,06
Tasa Bruta de Mortalidad (pmh)	4,78	4,93	5,37	5,28	5,43	5,86
Tasa de Crecimiento Natural (pmh)	10,78	9,43	9,35	8,83	8,56	7,2
Tasa Migración Neta (pmh)	0,91	1,33	2,56	3,24	3,12	2,96
Tasa de Crecimiento Total (pmh)	11,69	10,76	11,91	12,07	11,68	10,16
FECUNDIDAD						
Tasa Global de Fecundidad (hpm)	1,91	1,78	1,83	1,77	1,78	1,73
MORTALIDAD						
Esperanza de Vida al Nacer (años)						
Ambos sexos	77,82	78,22	78,52	79,13	79,47	80,11
Hombres	74,88	75,35	75,76	76,58	76,92	77,72
Mujeres	80,90	81,24	81,43	81,79	82,13	82,61
Tasa de Mortalidad Infantil (pmnv)						
Ambos sexos	7,65	7,52	7,07	6,96	6,80	6,51
Hombres	8,26	8,34	7,75	7,30	7,14	6,78
Mujeres	7,00	6,65	6,36	6,62	6,45	6,23

Fuente: INE

pmh : Por cada mil habitantes
hpm : Número promedio de hijos/as por mujer
pmnv : Defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos

Es posible observar en ambas tablas la transición demográfica avanzada del país. La disminución de la tasa de natalidad (número de nacidos vivos por mil habitantes en un año determinado), de la tasa de fecundidad (número de hijos promedio por mujer a lo largo de su período fértil), de la relación niños/mujeres y del porcentaje de mujeres en edad fértil. Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida, de la edad mediana de la población y la relación viejos/jóvenes, son todos indicadores que muestran el envejecimiento de la población. Al año 2020 se proyecta una tasa global de fecundidad de 1,73, siendo el mínimo necesario para el recambio de la población de 2,1[1]. A este respecto, la demografía recomienda fijarse en las tasas de migración de un país, que en nuestro caso aumentan año a año, llegando a 3,12 el 2015.

Utilizaremos las proyecciones del Censo 2002 que entregan los datos desagregados para la población comunal.

Las proyecciones de la población, establecidas según Censo 2002, para la comuna de San Miguel entre los años 2015 – 2019 son las siguientes:

[1] Descenso de la Natalidad en Chile, un problema país. Editorial Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2): 73-75.

Tabla 4. Población total estimada para San Miguel, según año de referencia.

SAN MIGUEL	POBLACIÓN COMUNAL TOTAL ESTIMADA AL 30 DE JUNIO				
	Año				
	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	66.714	65.479	64.314	63.068	61.761
MUJERES	34.126	33.477	32.888	32.211	31.477
HOMBRES	32.588	32.002	31.426	30.857	30.284

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Si el año 2015 el 51,15% de la población son mujeres, para el 2019 se proyecta un porcentaje de mujeres de 50,96% en San Miguel.

Tabla 5. Población de San Miguel proyectada por rango etario, según año

Población comunal proyectada por rango etario / año					
Edad	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
0-9	7.191	6.965	6.740	6.515	6.289
10-19	8.001	7.741	7.547	7.259	6.919
20-29	10.045	9.725	9.409	9.096	8.782
30-39	9.045	8.856	8.666	8.478	8.289
40-49	9.300	9.068	8.837	8.605	8.372
50-59	9.189	9.050	8.909	8.771	8.632
60-69	6.608	6.689	6.775	6.858	6.942
70-79	4.404	4.455	4.503	4.559	4.611
80+	2.931	2.930	2.928	2.927	2.925

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Observamos que la población de 0 a 49 años disminuye progresivamente desde un 65,33% el año 2015 a un 62,58% de la población de San Miguel, para el año 2019. En cambio, la población sobre los 50 años aumenta desde un 34,67% el año 2015 a un 37,42% el año 2019.

Tabla 6. Población comunal de mujeres proyectada por rango etario, según año

Población comunal mujeres proyectada por rango etario / año					
	2015	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
0-9	3.552	3.440	3.329	3.218	3.105
10-19	3.949	3.826	3.766	3.613	3.404
20-29	4.744	4.583	4.422	4.261	4.102
30-39	4.177	4.115	4.052	3.989	3.925
40-49	4.510	4.372	4.232	4.090	3.951
50-59	4.800	4.687	4.572	4.460	4.348
60-69	3.663	3.705	3.750	3.794	3.837
70-79	2.650	2.676	2.700	2.729	2.756
80+	2.081	2.073	2.065	2.057	2.049

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La población de mujeres en San Miguel tiene una dinámica similar a la población general, sin embargo los rangos etarios en que esto sucede son distintos. La población entre 0 y 59 años el 2015 corresponde al 75,4% del total, disminuyendo al 72,55% el 2019. En cambio la población sobre 60 años de mujeres de la comuna corresponde al 24,6% del total el año 2015, y el 2019 aumenta al 27,45%.

Tabla 7. Población comunal de hombres proyectada por rango etario, según año

Población comunal hombres proyectada por rango etario / año					
Rango etario	2015	2016	2017	2018	2019
0-9	3.639	3.525	3.411	3.297	3.184
10-19	4.052	3.915	3.781	3.646	3.515
20-29	5.301	5.142	4.987	4.835	4.680
30-39	4.868	4.741	4.614	4.489	4.364
40-49	4.790	4.696	4.605	4.515	4.421
50-59	4.389	4.363	4.337	4.311	4.284
60-69	2.945	2.984	3.025	3.064	3.105
70-79	1.754	1.779	1.803	1.830	1.855
80+	850	857	863	870	876

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La población de hombres en San Miguel, comienza a aumentar su proyección desde los 50 años, siendo un 30,5% de la población total el 2015 y aumentando a un 33,42% los hombres mayores de 50 años en la comuna el 2019.

Esperanza de vida.

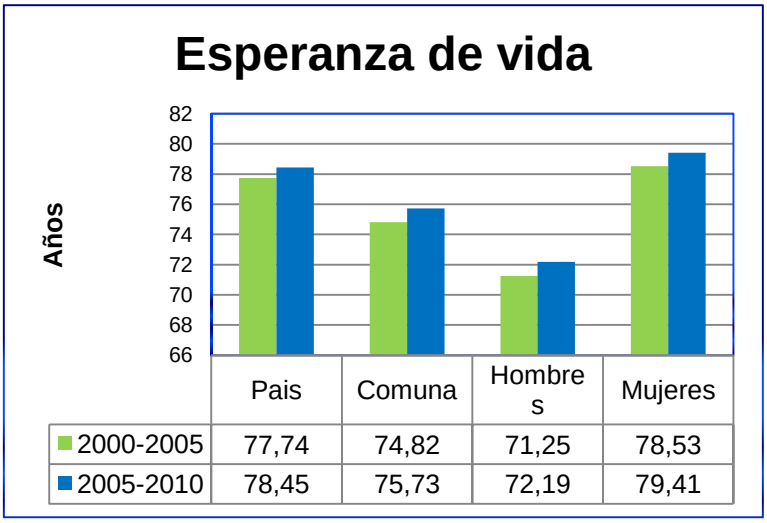
La esperanza de vida se refiere a los años que un recién nacido puede esperar vivir si los patrones de mortalidad por edades, al momento de su nacimiento, siguieran siendo los mismos a lo largo de toda su vida. Es uno de los parámetros del Índice de Desarrollo Humano, junto con los años de escolaridad y el ingreso per cápita de un país. Por ejemplo al 2013, la Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD) consideraba un desarrollo humano muy alto: una esperanza de vida al nacer de 80,2 años, además de una media de escolaridad de 11,7 años, de 16,3 años de escolaridad previstos y un ingreso per cápita de 40.046 dólares.

Tabla 8. Esperanza de vida al nacer según sexo, por quinquenios entre los años 2000 y 2015 en Chile.

Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo, por quinquenios comprendidos entre los años 2000 y 2025			
Periodo	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2000-2005	77,74	74,8	80,8
2005-2010	78,45	75,49	81,53
2010-2015	79,1	76,12	82,2
2015-2020	79,68	76,68	82,81
2020-2025	80,21	77,19	83,36

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

Gráfico 1: Esperanza de vida comparada País/Comuna 2000-2005 y 2005- 2010.



	Pais	Comuna	Hombres	Mujeres
2000-2005	77,74	74,82	71,25	78,53
2005-2010	78,45	75,73	72,19	79,41

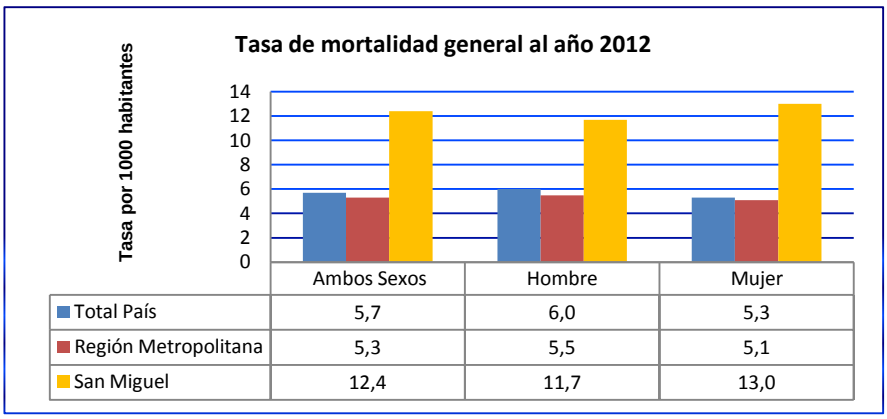
Fuente: INE

Para los años 2000-2005 la esperanza de vida en Chile era de 77,74 años y en San Miguel de 74,82 años para la población general. Los hombres en San Miguel presentaban una esperanza de vida de 71,25 años y las mujeres de 78,53 años. El quinquenio 2005-2010 presenta un aumento a 78,45 años para la población del país al tiempo que San Miguel presenta una esperanza de vida de 75,73 años.

Mortalidad General e Índice de Swaroop 2012

La mortalidad expresa la magnitud con que se presenta la muerte en un momento determinado en una población. Reflejan las dinámicas de las muertes registradas en una población en tiempos y espacios determinados; es un componente del crecimiento demográfico y un indicador de salud de la población.

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad general según sexo. Chile, Región Metropolitana (RM) y Comuna de San Miguel. Año 2012.



	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País	5,7	6,0	5,3
Región Metropolitana	5,3	5,5	5,1
San Miguel	12,4	11,7	13,0

Fuente: INE

El índice de Swaroop presenta el porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más (según reformulación de Rodríguez de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987); mientras más cercano al 100%, se entiende que más desarrollado se encuentra una región, pues más gente muere después de los 60 años lo que refleja mejores niveles de cuidados de la salud durante la vida.

Tabla 9. Índice de Swaroop según sexo. Chile, RM y Comuna de San Miguel 2012.

Año 2012	ÍNDICE DE SWAROOP		
País / región / comuna	Ambos Sexos	Hombre	Mujer
Total País	77,4%	72,0%	83,4%
Metropolitana de Santiago	77,9%	72,0%	83,9%
San Miguel	86,8%	82,5%	90,6%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Mortalidad por ciclo vital

Tabla 10. Tasa de mortalidad en la niñez, según grupo etario, 2010-2011.

Tasa de mortalidad en la niñez, según grupo etario, RM y comuna San Miguel. Chile 2010 - 2011						
País / Región / Comuna	2010			2011		
	total	1 a 4	5 a 9	total	1 a 4	5 a 9
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	0,22	0,31	0,15	0,20	0,28	0,13
R Metropolitana	0,19	0,26	0,12	0,18	0,26	0,11
San Miguel	0,27	0,61	0,00	0,27	0,00	0,49

Fuente: DEIS - MINSAL

* Tasa por mil habitantes 1 a 4 y de 5 a 9 años

Para el total de la población de 1 a 9 años, se observa una tasa mayor de mortalidad en San Miguel (0,27) en comparación con la Región Metropolitana (0,19) y con la tasa país (0,22) en el mismo rango etario.

Tabla 11. Tasa de mortalidad en la adolescencia, según grupo etario, 2010-2011.

Tasa de mortalidad Adolescente según grupo etario, por región y comuna de residencia. Chile 2010 a 2011						
País / Región / Comuna	2010			2011		
	total	10 a 14	15 a 19	total	10 a 14	15 a 19
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	0,34	0,18	0,49	0,33	0,18	0,46
R Metropolitana	0,28	0,13	0,42	0,30	0,18	0,41
San Miguel	0,53	0,00	1,01	0,00	0,00	0,00

*Tasa por mil habitantes de 10 a 14 y de 15 a 19 años Fuente: DEIS - MINSAL

Tabla 12. Tasa de mortalidad en adultos, según grupo etario, 2010-2011.

Tasa de mortalidad en Adultos, según grupo etario, RM y comuna San Miguel. Chile 2010 - 2011						
País / Región / Comuna	2010			2011		
	total	20 a 44	45 a 64	total	20 a 44	45 a 64
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	2,6	1,1	5,1	2,5	1,0	4,9
R Metropolitana	2,4	1,0	4,7	2,3	0,9	4,7
San Miguel	5,1	3,8	7,1	3,3	0,9	6,9

*Tasa por mil habitantes de 20 a 44 y de 45 a 64 años Fuente: DEIS - MINSAL

La tasa de mortalidad en Adultos el año 2010, presenta una marcada diferencia entre las de San Miguel en general y por grupos etarios y las del país y la región, de casi un 50% más de mortalidad en la comuna (5,1 versus 2,6 y 2,4 respectivamente).

Tabla 13. Tasa de mortalidad en adultos mayores, según grupo etario, 2010-2011.

Tasa de mortalidad en Adultos Mayores, según grupo etario, 2010 - 2011						
País / Región / Comuna	2010			2011		
	total	65 a 79	80 y más	total	65 a 79	80 y más
	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*	Tasa*
Total País	44,1	25,3	116,5	41,1	23,5	108,3
R Metropolitana	42,8	24,4	108,1	40,5	22,8	103,0
San Miguel	65,3	32,4	150,8	68,6	33,6	159,3

*Tasa por mil habitantes de 65 a 79 y de 80 y más años

Fuente: DEIS - MINSAL

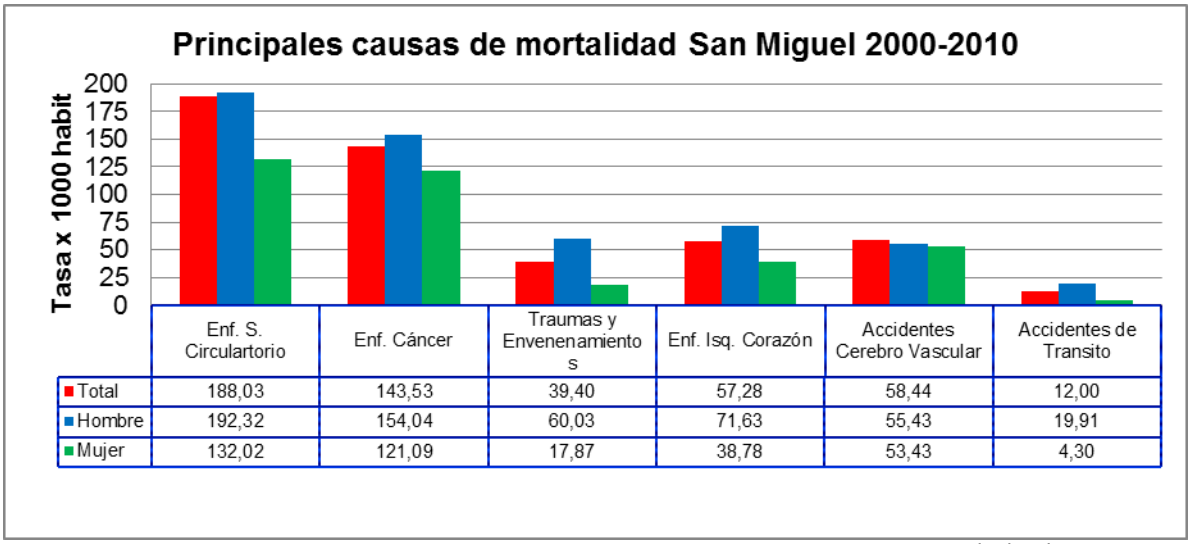
En cuanto a la mortalidad en los Adultos Mayores, las tasas comunales muestran las mismas tendencias que los rangos anteriores.

Tabla 14. Defunciones por causas específicas de muerte según sexo y región en Chile, 2012.

Defunciones por algunas causas específicas de muerte según sexo y región. Chile, 2012				
Causas específicas de muerte	Defunciones			
	Total Pais	Total RM	Hombre	Mujer
Todas las causas	98.711	37.286	18.849	18.437
Enfermedades cerebrovasculares	9.001	3.280	1.457	1.823
Enfermedades isquémicas del corazón	7.933	2.878	1.692	1.186
Otras formas de enfermedades del corazón	4.642	1.744	753	991
Cirrosis y otras enf del hígado	4.241	1.678	1.158	520
Enfermedades hipertensivas	4.066	1.855	755	1.080
Neumonía	3.848	1.378	600	778
Diabetes mellitus	3.713	1.534	744	790
Tumor maligno del estómago	3.354	1.106	719	387
Bronquitis, enfisema y otras EPOC	3.145	1.301	656	645
Resto de causas	15.451	5.460	2.823	2.637

Fuente: DEIS - MINSAL

Gráfico 3. Principales causas de muerte en San Miguel 2000-2010.



	Enf. S. Circulartorio	Enf. Cáncer	Traumas y Envenenamientos	Enf. Isq. Corazón	Accidentes Cerebro Vascular	Accidentes de Transito
Total	188,03	143,53	39,40	57,28	58,44	12,00
Hombre	192,32	154,04	60,03	71,63	55,43	19,91
Mujer	132,02	121,09	17,87	38,78	53,43	4,30

Fuente: Epi-Minsal

Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) y Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP).

La salud de las poblaciones ha sido evaluada desde siempre por indicadores simples como tasas de mortalidad general e infantil, prevalencia e incidencia para medir la enfermedad; sin embargo en la necesidad de medir otros aspectos de la salud, como calidad de vida o funcionalidad que permita comparar y priorizar problemas de salud, se ha desarrollado un indicador compuesto que combina datos epidemiológicos como mortalidad y morbilidad con los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida) y los años de vida perdidos por muerte prematura (componente mortalidad).

Los AVISA miden la "pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años)"[2]

Los AVISA son usados desde 1993, con la publicación del primer estudio de carga de enfermedad mundial, realizado por el Banco Mundial. Luego el 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora la "Estimación de Carga Mundial", en la que se refuerzan los resultados del 93 sobre la importancia de los resultados no fatales en la carga de enfermedad.

El estudio de carga de enfermedad del 2007 en Chile se propone tres objetivos: estimar la carga de enfermedad del país usando el AVISA como indicador; definir un listado priorizado de enfermedades usando la estimación de la carga de enfermedad; estimar los factores de riesgo en la carga de enfermedad (carga atribuible); entre otros. Se calcularon los AVISA agrupándolos por enfermedades:

Grupo I: Enfermedades transmisibles, causas maternas, del período perinatal y enfermedades o condiciones nutricionales.

Grupo II: Enfermedades no transmisibles.

[2] Ministerio de Salud (2008). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Chile 2007.

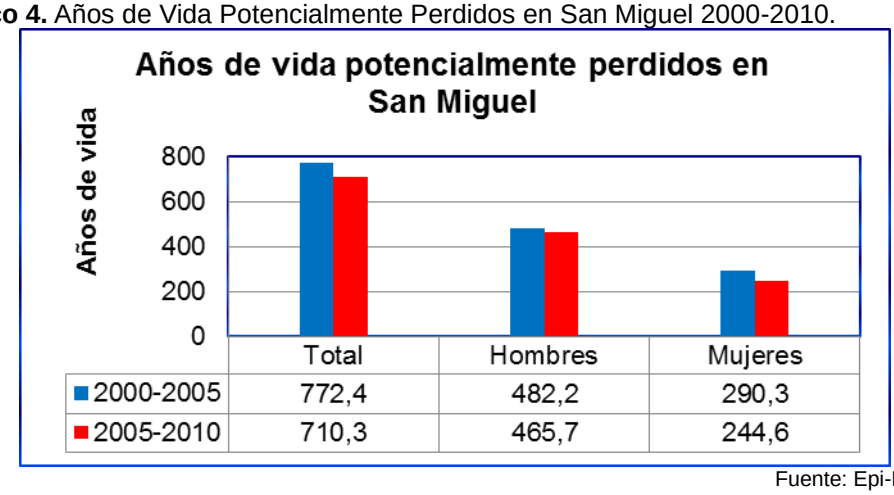
Grupo III: Lesiones.
El grupo II concentra el 84%, el III el 12% y el I el 4% de los AVISA.

Tabla 15. Distribución de AVISA por causa específica y sexo. Chile 2004.

Distribucion de AVISA por subgrupo de causas y causas específicas								
Ambos sexos	**AVISA**	**%**	**Hombres**	**AVISA**	**%**	**Mujeres**	**AVISA**	**%**
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	23.2%	Condiciones neuropsiquiátricas	374.835	20.4%	Condiciones neuropsiquiátricas	496.923	25.9%
Enfermedades Digestivas	594.067	15.8%	Enfermedades Digestivas	250.422	13.7%	Enfermedades Digestivas	343.645	17.9%
Enf Cardiovasculares	453.940	12.1%	Enf Cardiovasculares	246.062	13.4%	Enf Cardiovasculares	207.878	10.8%
Lesiones no intencionales	291.438	7.7%	Lesiones no intencionales	194.058	10.6%	Enf Musculoesqueléticas	123.882	6.5%
Enf Musculoesqueléticas	291.381	7.7%	Enf Musculoesqueléticas	167.499	9.1%	Enf Órganos de los sentidos	121.574	6.3%
Enf Órganos de los sentidos	241.709	6.4%	Enf Órganos de los sentidos	120.135	6.6%	Neoplasias Malignas	117.679	6.1%
Neoplasias Malignas	221.529	5.9%	Neoplasias Malignas	103.850	5.7%	Lesiones no intencionales	97.380	5.3%
Lesiones intencionales	142.836	3.8%	Lesiones intencionales	84.569	4.6%	Tr. Endocrinos y metabólicos	73.439	3.8%
Enf Respiratorias crónicas	110.748	2.9%	Enf Respiratorias crónicas	62.228	3.4%	Lesiones intencionales	58.267	3.0%
Tr. Endocrinos y metabólicos	93.572	2.5%	Perinatales	42.073	2.3%	Enf Genitourinarias	51.654	2.5%
Perinatales	78.249	2.1%	Diabetes Mellitus	36.651	2.0%	Enf Respiratorias crónicas	48.512	2.0%
Enf Genitourinarias	78.134	2.1%	Anomalías congénitas	29.227	1.6%	Diabetes Mellitus	37.880	2.0%
Diabetes Mellitus	74.531	2.0%	Enf Genitourinarias	26.480	1.4%	Perinatales	36.176	1.9%
Anomalías congénitas	57.213	1.5%	Infecciosas y Parasitarias	25.547	1.4%	Condiciones Orales	32.537	1.7%
Condiciones Orales	52.305	1.4%	Tr. Endocrinos y metabólicos	20.133	1.1%	Anomalías congénitas	27.986	1.5%
Infecciosas y Parasitarias	38.833	1.0%	Condiciones Orales	19.768	1.1%	Deficiencias Nutricionales	14.714	0.8%
Deficiencias Nutricionales	20.853	0.6%	Infecciones Respiratorias	11.047	0.6%	Infecciosas y Parasitarias	13.286	0.7%
Infecciones Respiratorias	20.080	0.5%	Otras Neoplasias	10.255	0.6%	Infecciones Respiratorias	9.033	0.5%
Otras Neoplasias	18.564	0.5%	Deficiencias Nutricionales	6.139	o.3	Otras Neoplasias	8.309	0.4%
Condiciones Maternas	5.303	0.1%	Enfermedades de la piel	2.522	0.1%	Condiciones Maternas	5.303	0.3%
Enfermedades de la piel	4.753	0.1%	Condiciones Maternas	0	0.0%	Enfermedades de la piel	2.231	0.1%
	3.761.796	100%		1.833.500	100%		1.928.288	100%
Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, 2007								

Un AVISA perdido es un año perdido de vida "sana" y la carga de enfermedad medida es la brecha entre el nivel actual de la población y el nivel ideal de una población donde todos vivieran hasta una edad avanzada sin padecer discapacidad.

Grafico 4. Años de Vida Potencialmente Perdidos en San Miguel 2000-2010.



Fuente: Epi-MINSAL

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), nos señalan la población que muere prematuramente, o sea, antes que un individuo cumpla su determinada esperanza de vida. Se obtiene sumando los productos del número de muertes de

cada edad por la diferencia entre esa edad y una edad límite. En el fondo este indicador muestra las enfermedades que producen muertes prematuras.

En el gráfico se observa la disminución de los AVPP totales de la población de San Miguel desde 772,4 años potencialmente perdidos entre 2000-2005 a 710,3 años en el quinquenio 2005-2010. Esta diferencia es mayor en la población de mujeres que reduce en 45,7 AVPP, a diferencia de la masculina que lo hace sólo en 16,5 AVPP entre ambos quinquenios.

Morbilidad

El estudio de la morbilidad en la comuna nos permite observar las dinámicas de enfermedades en la población. Dentro de los Objetivos Estratégicos del Plan Nacional de Salud 2010-2020[3], se considera "reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos"[4].

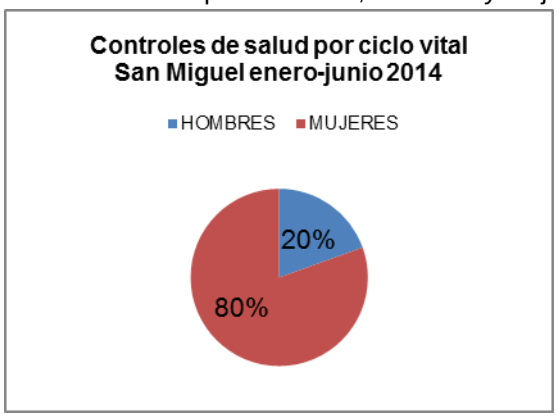
Al respecto el número de controles de salud en San Miguel el primer semestre del 2014 se distribuye de la siguiente manera:

Tabla 16. Controles de salud por ciclo vital, realizadas en APS de San Miguel, según profesional, de enero a junio 2014.

CONTROLES DE SALUD SAN MIGUEL ENERO-JUNIO 2014			
PROFESIONAL	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
MÉDICO	438	220	218
ENFERMERA/O	1.780	937	843
MATRÓN/A	4.081	72	4.009

Fuente: DEIS - MINSAL

Gráfico 5. Consultas por ciclo vital, hombres y mujeres.

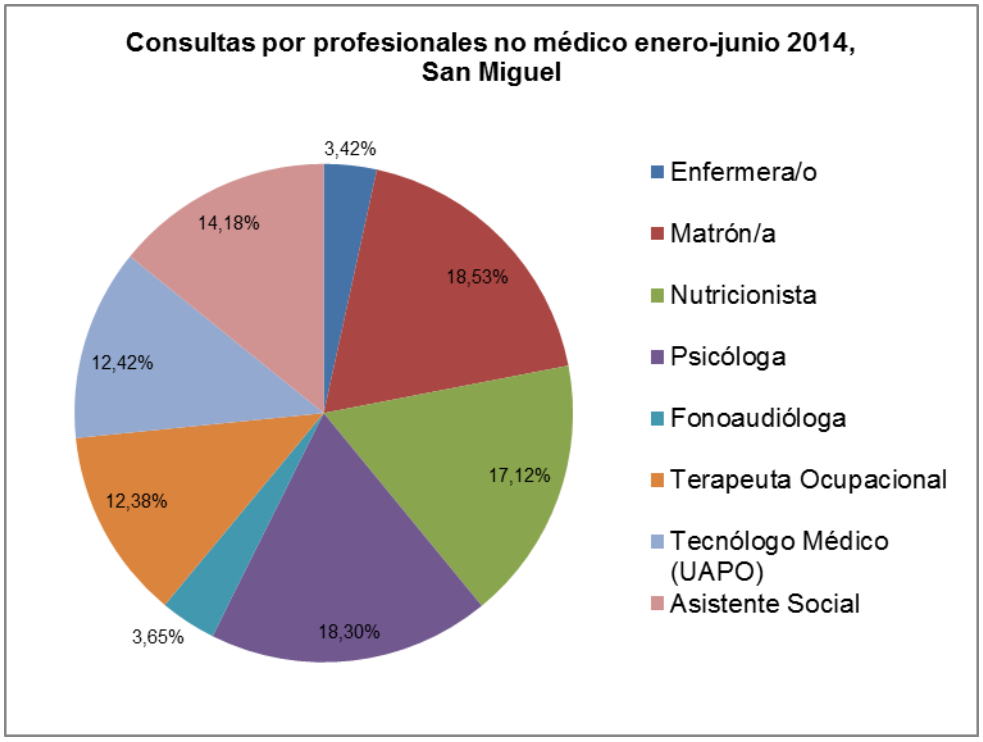


Fuente: DEIS-MINSAL

3 Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Ministerio de Salud.
4 Orientaciones para la Planificación y Programación en red año 2015. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Cabe destacar aquí la gran diferencia que existe entre las consultas realizadas por hombres y mujeres.

Gráfico 6. Consultas de profesionales no médicos en San Miguel, enero-junio 2014.



Fuente: DEIS-Minsal

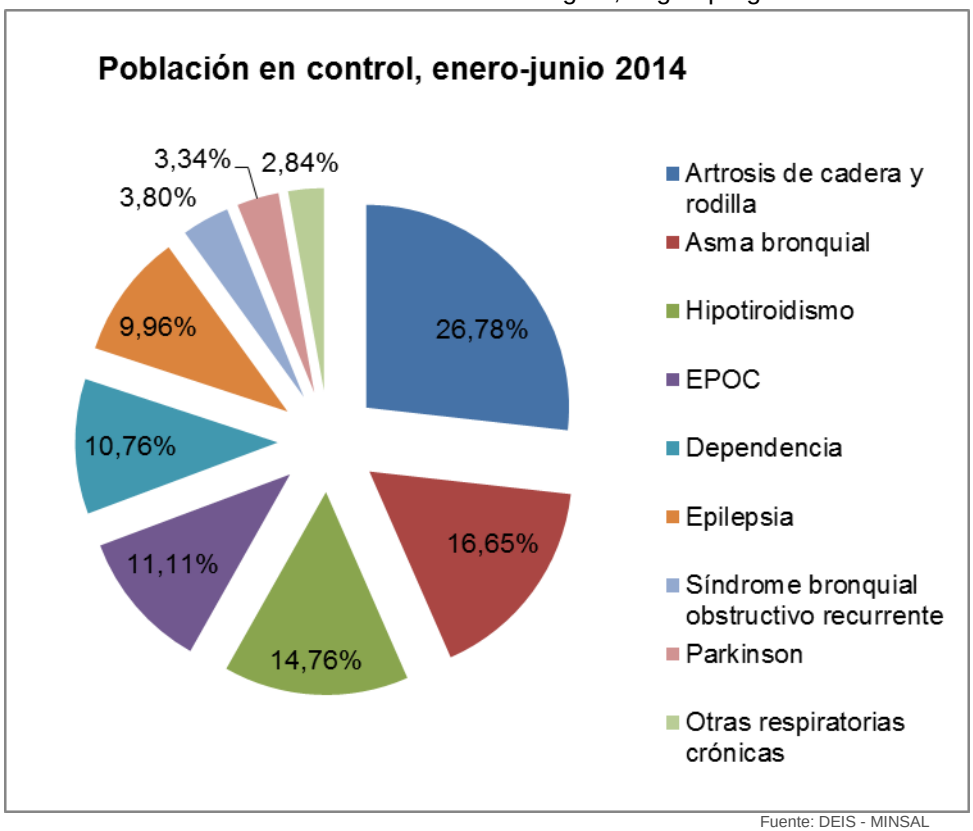
Se observa que las intervenciones realizadas por Matrón/a, Psicóloga/o Nutricionista concentran más del 50% de los controles realizados el primer semestre de este año.

Gráfico 7. Consultas realizadas por profesionales no médicos en San Miguel, desagregadas por sexo, entre enero y junio 2014.

Fuente: DEIS-Minsal

Sobre el 70% de las consultas son realizadas por mujeres, a diferencia del porcentaje de consultas hechas por hombres en San Miguel.

Gráfico 8. Población en control en APS en San Miguel, según programa.



Fuente: DEIS - MINSAL

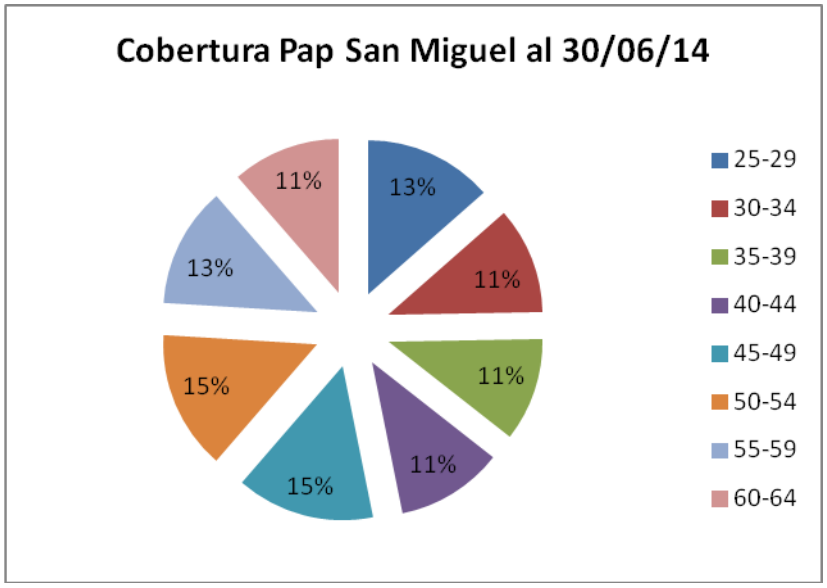
Artrosis, asma e hipotiroidismo concentra más del 50% de los controles realizados el primer semestre de este año en San Miguel. El grupo de las dependencias incluye la dependencia leve (Barthel mayor o igual a 60), la dependencia moderada (Barthel entre 40 y 55) y la dependencia severa que incluye la oncológica, no oncológica y atención domiciliaria. El asma bronquial incluye leve, moderado y severo, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica incluye tipo A y B.

Tabla 17. Población referencia de mujeres, según Revican, San Miguel al 30/06/14

Población de referencia al 30/06/14		
Edad	**Pap**	**Pob**
25-29	1161	2417
30-34	960	2441
35-39	933	2203
40-44	966	2244
45-49	1249	2346
50-54	1253	2626
55-59	1083	2411
60-64	980	1942
Total	8585	18630

Fuente: REVICAN

Gráfico 9. Cobertura de PAP de San Miguel, vigentes al 30 de junio 2014.



Fuente: REVICAN

La cobertura de PAP, según Meta Ley N° 2, al 30 de junio del 2014, alcanza al 46% a nivel comunal.

Tabla 18. Primeras consultas de Odontología realizadas en San Miguel entre enero y junio 2014.

Atenciones de enero a junio 2014 San Miguel		TOTAL	Según Sexo	
			Hombres	Mujeres
Odontología General	Primeras consultas	3.930	1.629	2.301

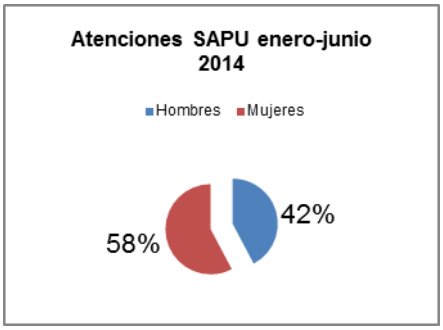
Fuente: DEIS - MINSAL

Tabla 19. Número de atenciones de urgencia en APS de enero a junio 2014, San Miguel

Atención SAPU enero a junio	TOTAL	SEXO	
		Hombres	Mujeres
MÉDICO	16.984	7.177	9.807

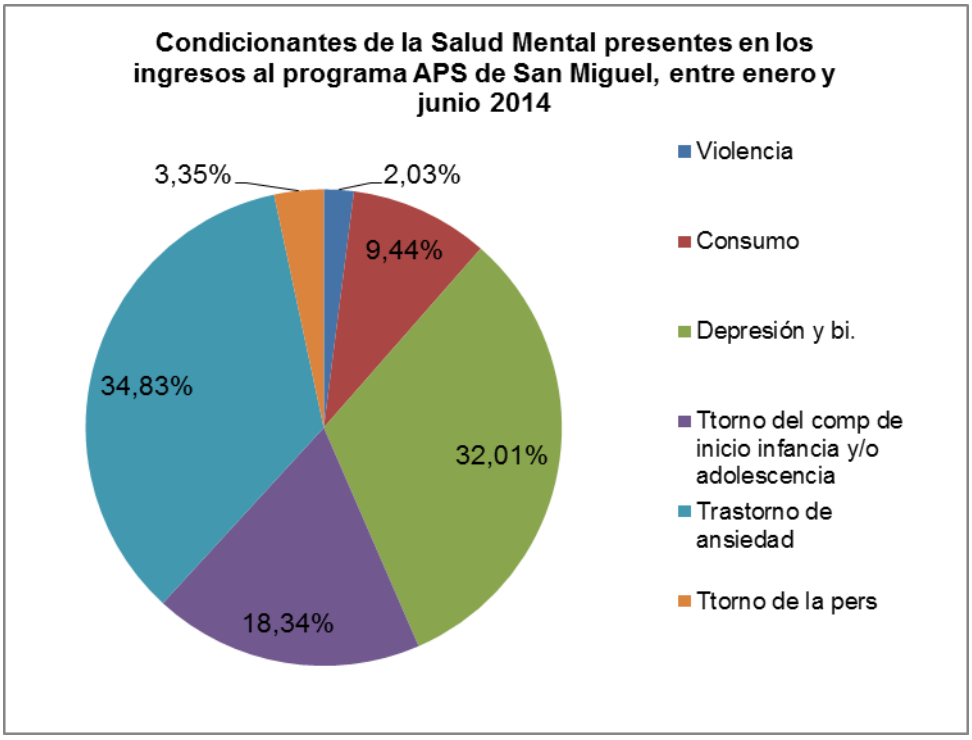
Fuente: DEIS - MINSAL

Gráfico 10. Atenciones SAPU San Miguel, primer semestre 2014.



Fuente: DEIS - MINSAL

Gráfico 11. Condicionantes de la Salud Mental y/o factores de riesgo presentes al ingreso del programa en APS San Miguel, entre enero y junio 2014.



Fuente: DEIS - MINSAL

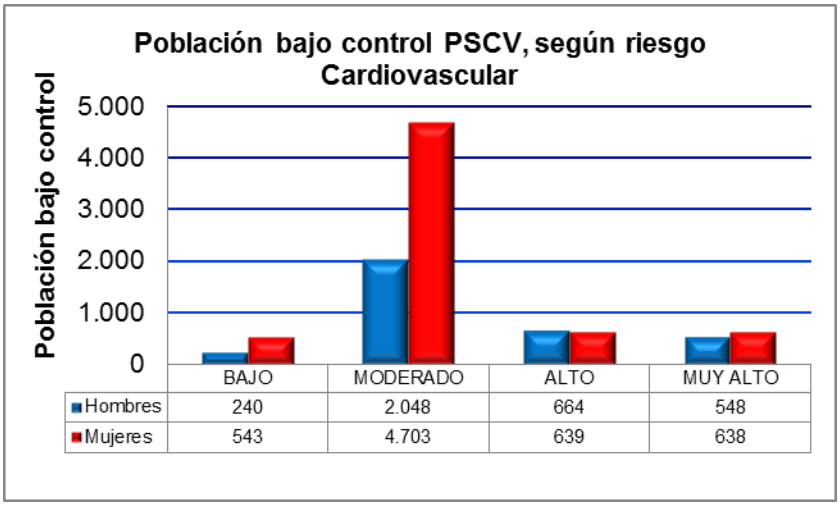
En el grupo violencia se incluyen violencia de género (víctimas y agresores), maltrato a niños/as y adolescentes y abuso sexual. El consumo incluye consumo riesgoso y perjudicial de alcohol y drogas, así como el policonsumo. En las depresiones están consideradas leve, moderada, grave, post parto, refractaria y el diagnóstico de bipolaridad. En el grupo de trastornos del comportamiento de inicio en la infancia y/o adolescencia están incluidos los hipercinéticos, desafiante oposicionista, ansiedad de separación y otros. Finalmente en los trastornos de la personalidad están incluidos esquizofrenia, alzheimer y otras demencias.

Tabla 20. Población bajo control en el programa de salud cardiovascular (PSCV) en San Miguel, desde enero a junio 2014.

Población bajo control Programa Salud Cardiovascular de San Miguel a junio 2014						
CONCEPTO		TOTAL			Adulto	Adulto Mayor
		Total	Hombres	Mujeres		
NUMERO DE PERSONAS EN PSCV		10.023	3.500	6.523	4.046	5.973
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	BAJO	783	240	543	397	399
	MODERADO	6.751	2.048	4.703	2.828	3.975
	ALTO	1.303	664	639	480	823
	MUY ALTO	1.186	548	638	341	845
PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA)	HIPERTENSOS	8.376	2.940	5.436	3.247	5.127
	DIABETICOS	3.185	1.330	1.855	1.398	1.786
	DISLIPIDEMICOS	3.399	1.186	2.213	1.651	1.747
	TABAQUISMO	1.164	518	646	780	384
	OBESIDAD	2.947	862	2.085	1.713	1.270
	ANTECEDENTES DE INFARTO (IAM)	333	175	158	84	249
	ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR	366	177	189	81	285

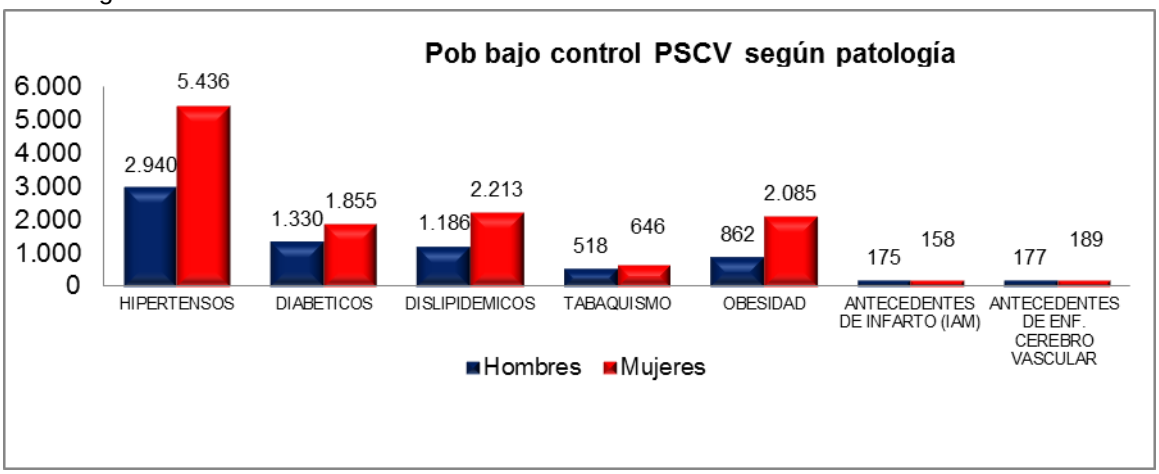
Fuente: DEIS

Gráfico 12. Población bajo control según riesgo cardiovascular en San Miguel de enero a junio 2014. Desagregado por sexo.



Fuente: DEIS – MINSAL

Gráfico 13. Población en control PSCV según patología y factores de riesgo, enero a junio 2014, en San Miguel.



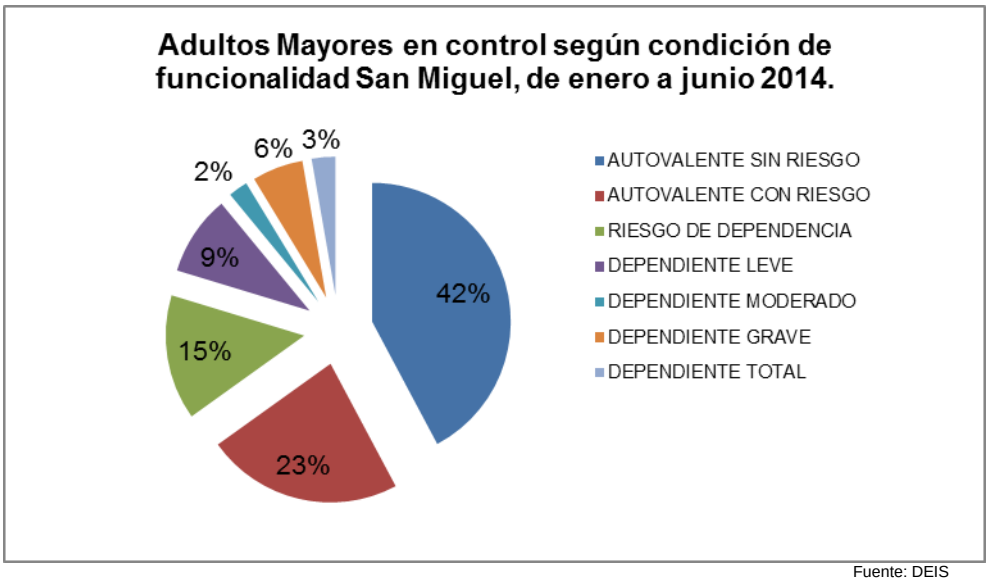
Fuente: DEIS – MINSAL

Tabla 21. Población de Adultos Mayores en control en San Miguel, según su condición de funcionalidad, de enero a junio 2014.

Población bajo control según condición de funcionalidad, San Miguel a junio 2014			
Funcionalidad	Total	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	1.696	728	968
AUTOVALENTE CON RIESGO	920	345	575
RIESGO DE DEPENDENCIA	586	212	374
SUBTOTAL (E|FAM)	3.202	1.285	1.917
DEPENDIENTE LEVE	375	122	253
DEPENDIENTE MODERADO	91	24	67
DEPENDIENTE GRAVE	239	67	172
DEPENDIENTE TOTAL	111	42	69
SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)	816	255	561
ADULTOS MAYORES EN CONTROL	4.018	1.540	2.478

Fuente: DEIS

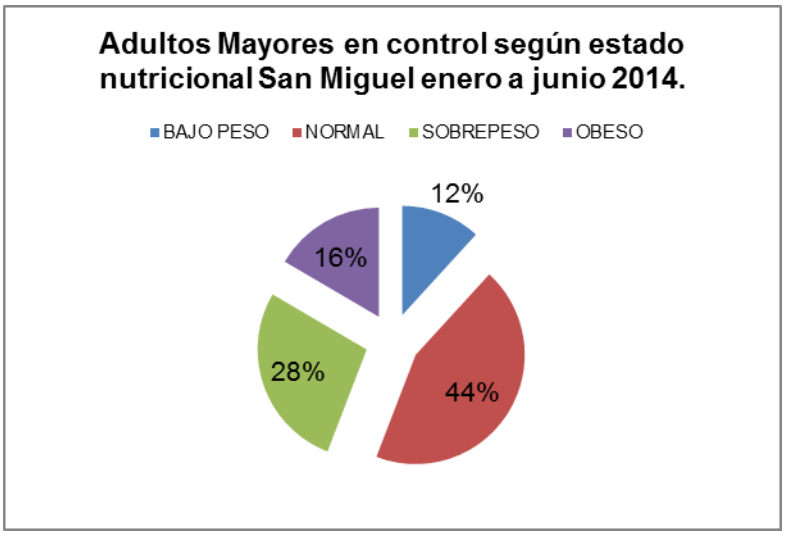
Gráfico 14. Proporción de Adultos Mayores en control en San Miguel según funcionalidad de enero a junio 2014.



Fuente: DEIS

La funcionalidad en el Adulto Mayor es medida por el Examen de Funcionalidad de Adulto Mayor (EFAM) o mediante el Índice de Barthel, que es un instrumento de evaluación que se aplica en rehabilitación, consultas, domicilio y/o residencias que permite obtener el porcentaje de pérdida de la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) del Adulto Mayor.

Gráfico 15. Proporción de Adultos Mayores en control en San Miguel, según estado nutricional, desde enero a junio 2014.



Fuente: DEIS

Índice de Actividad de Atención Primaria (IAAPS)

Los IAAPS son una herramienta que permite medir la atención sanitaria en función de los objetivos sanitarios vigentes a nivel país y el cumplimiento de las Garantías Específicas en Salud, entre otros criterios.

Tabla 22. Metas IAAPS de San Miguel del 2013.

METAS IAAPS SAN MIGUEL 2013							
N°	**Componentes**	**META PAIS**	**META COMUNAL**	**Importancia Relativa**	**datos REM**	**Resultado**	**Importancia Relativa Lograda**
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	25	12,00	8,00	999 / 10.423	9,58	6,39
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP),mujeres de 45 a 64 años	25	25,00	8,50	1.990 / 7.355	27,06	8,50
3	Cobertura de EMPAM de 65 años y más	50	37,00	8,50	4.233 / 12.391	34,16	7,85
4	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85	90,00	8,00	561 / 631	88,91	7,90
5	Cobertura de examen de salud integral del adolescente entre 10 y 14 años	6	8,00	8,00	510 / 4.200	12,14	8,00
6	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	20	20,00	8,00	4.246 / 17.031	24,93	8,00
7	Gestión de Reclamos en Atención Primaria	95	95,00	10,00	277 / 277	100,00	10,00
8	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	55	40,00	10,00	3.154 / 7.720	40,85	10,00
9	Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	71	57,00	10,00	8.658 / 15.224	56,87	9,98
10	Cobertura Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niñas/os de 12 a 23 meses bajo control	91	96,00	10,00	516 / 520	99,23	10,00
11	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	0,18	0,19	11,00	3.899 / 17.677	0,221	11,00
Total				**100**	**INDICE**		**97,62**

Fuente: DIRSAL

Del cuadro se desprende la necesidad de aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años, del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor y la cobertura de Hipertensión en personas de 15 años y más. También aumentar los ingresos a control de embarazo antes de las 14 semanas.

Tabla 23. Metas Sanitarias de San Miguel año 2013.

METAS SANITARIAS SAN MIGUEL 2013					
N°	**Componentes**	**Numerador**	**Denominador**	**Resultado**	**Meta**
1	Recuperación del DSM de 12 a 23 meses	39	43	90,70%	80%
2	Cobertura del PAP	9.474	10.822	87,54%	100%
3a	Cobertura de Alta Odontológica Total en 12 años	570	824	69,17%	68%
3b	Cobertura Alta Odontológica Total de Embarazadas	431	461	68,30%	62%
3c	Cobertura de Alta Odontológica Total en Niños de 6 años	636	840	75,71%	70%
4	Cobertura efectiva Personas con DM de 15 años y más	1.603	7.719	20,77%	20%
5	Cobertura efectiva Personas con HTA en 15 años y más	6.492	15.224	42,64%	44%
6	Obesidad en niños menores de 6 años	244	3.065	7,96%	8%
7	Consejos de Desarrollo	1	1	100,00%	100%
8	Pie Diabético en personas de 15 años y más	2.135		67,69%	70%
			TOTAL	**97,58%**	100%

Fuente: DIRSAL

Las Metas Sanitarias es otra herramienta de evaluación de las actividades logradas en APS. Del cuadro se desprende la necesidad de aumentar la cobertura de PAP, la cobertura efectiva de personas con Hipertensión Arterial, la intervención en obesidad en niños menores de 6 años y pie diabético.

III Población inscrita y dotación de Recursos Humanos en San Miguel.

Tabla 24. Inscritos validados San Miguel 2010-2014

Inscritos Validados por Fonasa San Miguel			
Año	Total comunal	Mujeres	Hombres
2010	56.683	30.863	25.820
2011	58.292	32.075	26.217
2012	79.577	43.924	35.653
2013	70.704	39.299	31.405
2014	64.764	35.949	28.815

Fuente: Servicio de Salud Metropolitano Sur

De acuerdo a la población validada en FONASA, la comuna presenta una importante disminución de inscritos los últimos 3 años, pasando de 79.577 inscritos el año 2012 a 64.764 el 2014. Según esto la variación por Centro de Salud es la siguiente:

Tabla 25. Población validada por centro según años de referencia.

Población Validada	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Recreo	33.122	45.549	39.042	35.549
Barros Luco	25.170	34.028	31.670	29.215
Comunal	58.292	79.577	70.712	64.764

Fuente: DIRSAL

La disminución de inscritos en CESFAM Recreo fue de un 9,83%, y en CESFAM Barros Luco de un 8,4% para el 2014.

La dotación de la comuna se calcula en base a una variación mínima esperada para la población el 2015, por lo que las horas calculadas por categoría se mantienen cercanas a las actuales.

Tabla 26. Dotación de San Miguel por n° de cargos y horas 2015.

Categoría	N° de funcionarios	N° de horas semanales
MEDICO	28	1127
ODONTOLOGO	15	574
ENFERMERA	17	736
MATRON (A)	13	534
NUTRICIONISTA	10	428
KINESIOLOGO	11	469
ASIST.SOC.	6	242
PSICOLOGO	11	440
T.OCUPAC.	7	304
INFORMATICO BIOMEDICO	2	88
TEC. MEDICO	1	44
TERAP. ACT. FISICA	3	132
EDUCADORA PARVULO	1	44

FONOAUDIOLOGO	2	22
TENS	76	3176
TEC. PARAMEDICO	9	384
TEC. SOCIAL	2	80
AUX. DENTAL	2	80
ADMINISTRATIVO	60	2539
AUX. SERVICIO	6	252
CONDUCTOR	2	88

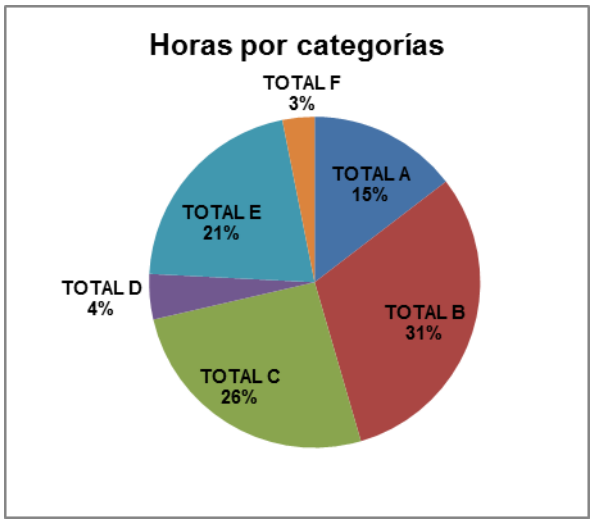
Fuente: Dirsal

Tabla 27. Dotación comparada 2014 – 2015 por categoría

Resumen y comparación dotación por categoría 2014 a la aprobada 2015.			
CATEGORIA	Total horas aprobadas 2014	Total horas contratadas a Agosto 2014	Total horas aprobadas 2015
TOTAL A (Médicos, Odontólogos, Químicos Farmacéuticos)	1.916	1.495	1.789
TOTAL B (Otros Profesionales)	3.515	3.369	3.791
TOTAL C (Técnico Nivel Superior)	2.912	2.912	3.176
TOTAL D (Auxiliares Paramedicos)	888	664	544
TOTAL E (Administrativos)	2.854	2.583	2.583
TOTAL F (Auxiliares de servicio, Conductores)	424	424	384
TOTAL	12.509	11.447	12.267

Fuente: Dirsal

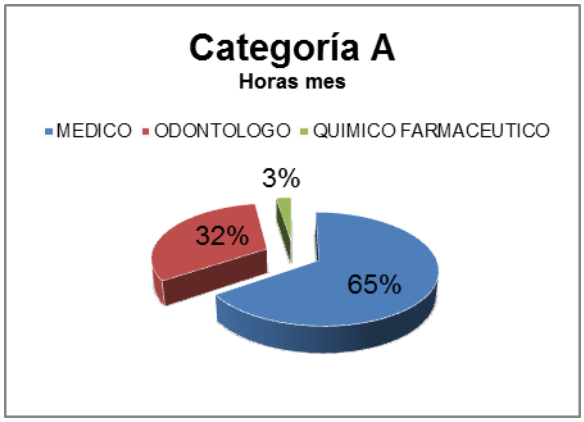
Gráfico 16. Proporción horas dotación por categorías San Miguel 2015.



Fuente: Dirsal

En el gráfico se observa la distribución porcentual de las distintas categorías en APS de San Miguel.

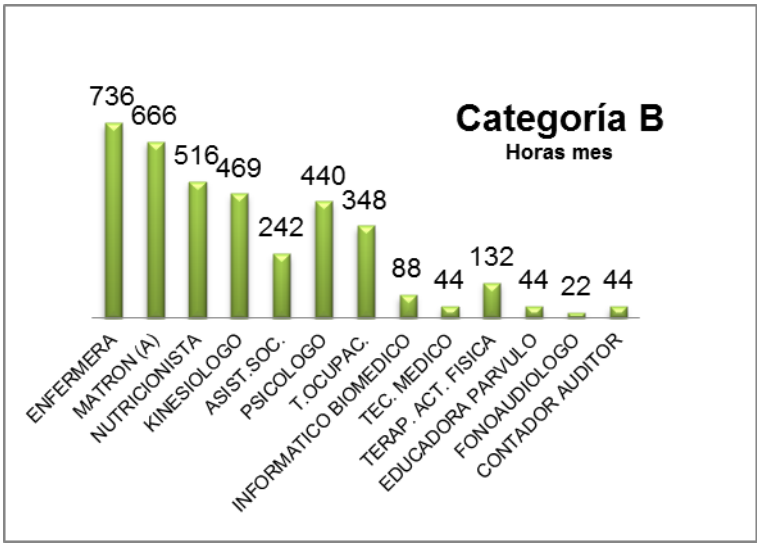
Gráfico 17. Proporción horas categoría A, San Miguel 2015.



Fuente: Dirsal

La distribución de los funcionarios que pertenecen a la categoría A corresponde en un 65% a médicos, un 32% para odontólogos y un 3% químico farmacéutico en la comuna de San Miguel, para el año 2015.

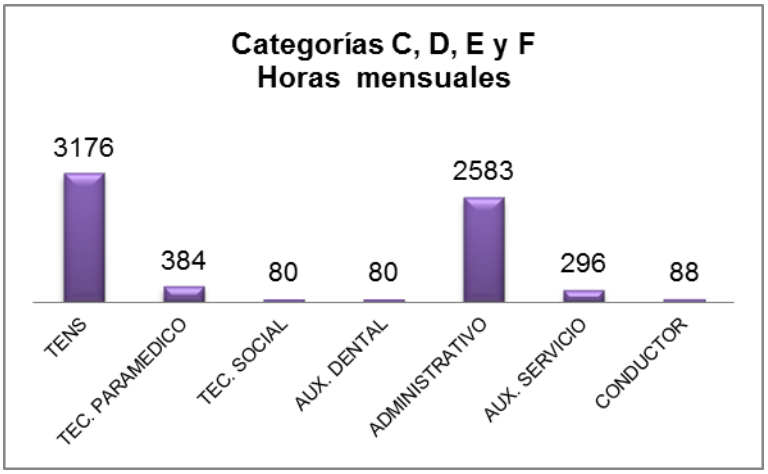
Gráfico 18. Distribución de horas categoría B, San Miguel 2015.



Fuente: Dirsal

Respecto de la categoría B los profesionales con mayor dotación en horas mensuales corresponden a enfermera/o con 736 horas, matrón/a con 666 horas mensuales, nutricionista y kinesiólogo/a.

Gráfico 19. Distribución de horas categorías C, D, E y F, San Miguel 2015.

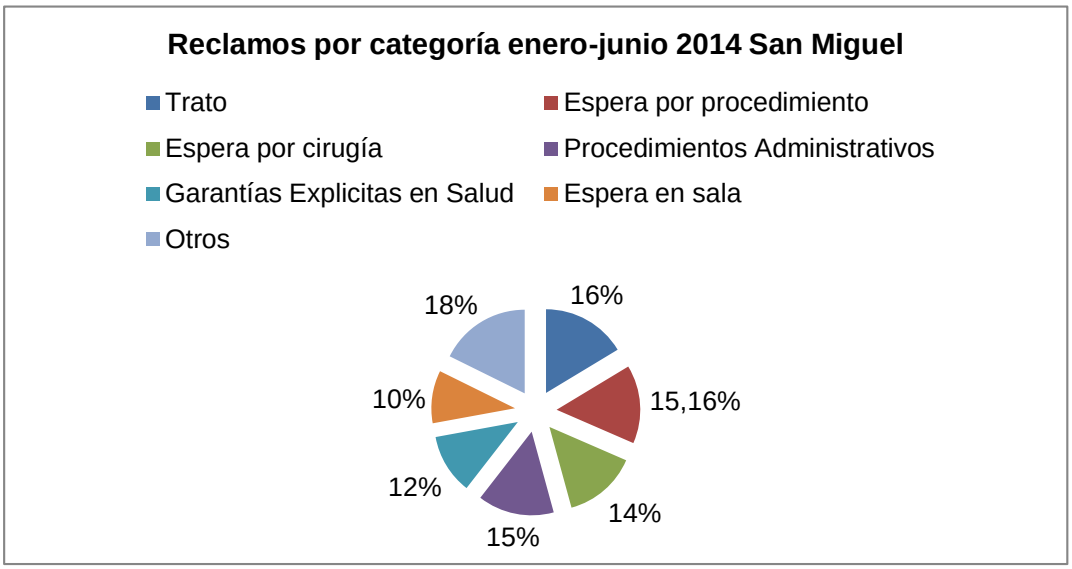


Fuente: Dirsal

La categorías restantes con mayor cantidad de horas de dotación en la comuna, corresponden a TENS y administrativos.

Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)

Gráfico 20. Proporción de reclamos OIRS por categoría de enero a junio 2014.



Fuente: DEIS - MINSAL

La categoría “Otros” está compuesta de las categorías Competencia Técnica, Infraestructura, Tiempo de Espera por Especialidad, Información y Probidad Administrativa. La categoría Trato recoge la mayoría de los reclamos recibidos en la OIRS durante el primer semestre de este año.

En esta oficina se generaron también 1.181.989 Consultas, que dicen relación con demandas de orientación e información sobre derechos y beneficios, trámites, puntos de acceso, etc, que pueden resolverse en la misma oficina.

IV Plan de Cuidados de Salud de la Población por ciclo vital.

El Plan de Cuidados hace referencia a las acciones programadas desde los centros de Salud, con pertenencia a cada ciclo vital y situación diagnóstica territorial. La ejecución de dichas acciones se enmarcan en el Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario, lo que comporta la necesidad del trabajo interdisciplinario que permita la mirada integral de las problemáticas de salud abordadas.

A continuación se describirá una síntesis de los objetivos propuestos para cada ciclo vital a trabajar durante el 2015. En anexo se adjunta los cuadros con sus respectivos detalles de actividades, metas e indicadores.

Salud Materna y Neonatal

Promoción:

- Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza
- Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo

Prevención:

- Aumentar la detección en gestantes de los distintos riesgos: psicosocial, biomédico, depresión, violencia de género, riesgo de parto prematuro
- Realizar Acciones psicosociales integrales por el equipo de salud mental
- Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.
- Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso y por déficit.
- Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación
- Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud integral al recién nacido
- Disminuir la transmisión vertical de VIH
- Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital
- 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
- Mejorar la calidad de vida de la mujer postmenopáusica

Tratamiento:

- Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de dos años con factores de riesgo de salud mental o diagnósticos de trastornos mentales.
- Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión
- Aumentar la atención de gestantes Víctimas de violencia de género

- Realizar derivación oportuna y asistida a centros de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar
- Fortalecer el tratamiento integral de gestantes con depresión u otro diagnóstico de salud mental
- Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva

Salud Infantil

Promoción:

- Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.
- Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.
- Lograr un 60% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.
- Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil
- Promover el buen Trato hacia la Infancia en la comuna

Prevención:

- Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral
- Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.
- Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.
- Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 2 a 9 años.
- Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.
- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.
- Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio
- Apoyo y capacitación a docentes en la comprensión y el manejo en el aula de problemáticas de salud mental en la infancia
- Realizar derivación oportuna y asistida a centros de atención especializada en vulneración de derechos de la infancia

Tratamiento:

- Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.
- Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales
- Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.
- Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja
- Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM
- Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor

Salud en la Adolescencia y Juventud

Promoción:

- Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales
- Fomentar estilos de vida saludable en la población de 10 a 19 años
- Fomentar habilidades para la vida en la población de 10 a 19 años en establecimientos educacionales
- Intervención Educativa en Centro Comunitario San Miguel Joven
- Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente.
- Promover Estilos de Vida Saludables en la Población Adolescente.
- Promover las Habilidades de crianza en padres adolescentes.
- Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales

Prevención:

- Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.
- Atención integral de salud ginecológica en población de 10 a 19 años durante el ciclo vital.
- Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
- Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS.
- Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.

- Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años.
- Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.
- Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y por déficit.
- Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes de 10 a 19 años Y de 20 a 24.
- Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas jóvenes de 20 a 24 años en riesgo.
- Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de Alcohol en Jóvenes.
- Detección temprana de jóvenes entre 10 a 19 años con sospecha de trastornos mentales.
- Detección temprana de jóvenes entre 14 a 19 años con riesgo suicida.
- Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años.
- Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.
- Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 20-24 años.
- Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.
- Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.
- Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.
- Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales
- Aumentar atención de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato.
- Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.
- Aumentar la detección de depresión postparto
- Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol y otras drogas en adolescentes.
- Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de Alcohol en Jóvenes.
- Aumentar la oferta de actividades grupales orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales autoestima y promoción de actividades saludables.
- Detección temprana de jóvenes entre 10 a 19 años con sospecha de trastornos mentales.

  Tratamiento
- Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y

trastornos mentales

- Mantener y mejorar la Salud Bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas
- Mantener y mejorar la Salud Bucal de la población menor de 20 años, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.
- Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.
- Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.
- Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.
- Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.
- Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.

Salud del Adulto

Prevención:

- Contribuir al estado de salud optimo en mujeres de edad fértil.
- Aumentar la detección de Depresión Postparto.
- Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas
- Aumentar el número de personas adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y se controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial.
- Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.
- Promover la salud sexual y reproductiva
- Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).
- Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011- 2020)
- Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS
- 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).
- Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.
- Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM
- "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.
- Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las

personas en riesgo.

- Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial y diabetes.
- Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.
- Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en personas de 25 a 64 años
- Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad
- Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.
- Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual
- Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio
- Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos
- Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de genero
- Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.
- Aumentar el nº de beneficiarios entre 25-64 años de salud mental participantes de intervenciones psicosociales de grupo

Tratamiento:

- Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.
- Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.
- 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.
- Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.
- Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.
- Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.
- Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años
- Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa
- Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios
- Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años
- Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias
- Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.

Rehabilitación:

- Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.

Adulto Mayor

Prevención:

- Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)
- Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor
- Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero
- Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).
- Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio
- Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.
- Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.
- Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan micro albuminuria (RAC ≥30 mg/grs).
- Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM
- Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.
- Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más
- Mejorar y mantener la salud bucal del Adulto mayor.
- Diagnóstico precoz de Tuberculosis en las personas de 65 años.
- Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.
- Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, por morbilidad
- Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención de VIH e ITS.
- Realizar Visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.
- Realizar Visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial
- Aumentar detección temprana de Adulto Mayor con sospecha de trastornos

mentales

- Mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más con cáncer, dolor, dependencia severa.
- Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.
- Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor
- Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero
- Aumentar detección temprana de consumo de alcohol
- Aumentar el nº de actividades con organizaciones y agrupaciones de adultos mayores en sensibilización en prevención de violencia intrafamiliar
- Aumentar la oferta de actividades grupales orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales autoestima y promoción de actividades saludables

Tratamiento

- Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales
- Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer
- Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.
- Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.
- Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.
- Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.
- Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.
- Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.
- Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas mayores de 65 años en control en PSCV.
- Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.
- Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.
- Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales
- Brindar atención a personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer
- Aumentar el nº de beneficiarios adultos mayores de salud mental participantes de intervenciones psicosociales de grupo

Rehabilitación

- Ingresar a la red de rehabilitación a los adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial adquirido

- Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.

Estrategias Transversales de Salud Comunal

Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

La Sala UAPO (Unidad de Atención Primaria Oftalmológica) de la comuna de San Miguel comienza su funcionamiento en Septiembre del 2011, estas salas se implementaron con el objetivo de ofrecer la atención oftalmológica cercana en la comunidad y de esta forma evitar las listas de espera en la atención secundaria y terciaria, apuntando hacia una atención primaria más eficaz y resolutiva en este ámbito de la salud.

Su ámbito de acción durante el año 2014 ha estado centrado en:

- Mejorar la gestión de la atención en relación a citaciones y flujos de información
- Mejorar la pertinencia en la referencia a la especialidad
- Realizar una atención integral y educación a los usuarios de la comuna acerca de patologías oftalmológicas

Las principales atenciones que brinda esta unidad son para problemas de vicio refracción, ojo rojo, chalazión, pterigion, exámenes de fondos de ojo, diagnóstico y tratamiento médico de glaucoma entre otros; entrega de medicamentos y lentes, así como derivaciones a nivel secundario si corresponde.

El público objetivo en el caso de prescripción de lentes es de 15 a 64 años, sin embargo la comuna ofrece este tipo de servicio a menores de 15 años en caso excepcionales.

El recurso humano que cuenta la comuna para el desarrollo de estas actividades son: Oftalmólogo, Tecnólogo Médico, TENS y administrativo.

El equipo de profesionales ha trabajado en la elaboración de protocolos de atención y generado instancias de coordinación con los encargados de las derivaciones desde los CESFAM.

Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) de San Miguel

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) constituye una estrategia de desarrollo de oportunidades e inclusión para personas con diversidad funcional. Su éxito depende de esfuerzos combinados de los usuarios y sus familias, de la comunidad, de los servicios de salud, educativos y sociales.

El desarrollo de esta estrategia se sostiene en las dinámicas integradas de la red de salud y la comunidad, en un proceso paulatino y constante. Es una intervención compleja desde lo social, pues no sólo moviliza los recursos inmediatos de los que se dispone, sino que su impacto está mediado por el acceso y las posibilidades de inclusión social y del entorno, que permitan la autonomía e

independencia suficiente de los usuarios en su vida diaria.

El CCR tiene como funciones:

- Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad con un enfoque biopsicosocial.
- Asumir en su totalidad a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular y neurológicos.
- Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial.
- Educación y prevención de discapacidad.
- Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor.

Sus objetivos son:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutividad a nivel de la atención primaria.

Favorecer la inclusión social, educacional y/o laboral incorporando tanto a la familia como a la comunidad local, contribuyendo a una mejor calidad de vida (entrega de servicios, promoción igualitaria, protección y defensa de los DDHH). Democratizando la salud a través de la descentralización, acción multisectorial, participación comunitaria y el desarrollo tecnológico apropiado.

Cartera de Servicios:

- Evaluaciones integrales
- Atención individual y grupal
- Confección de órtesis y adaptaciones
- Visitas domiciliarias (Evaluación de Ingreso)
- Actividades y charlas de promoción y prevención en salud
- Reuniones intersectoriales
- Talleres grupales de actividad física, artísticos y ergoterapéuticos
- Solicitud, entrega y/o monitoreo de ayudas técnicas
- Orientación y/o reinserción sociolaboral
- Diseño, postulación y ejecución de proyectos

Participación social y Promoción de la salud comunal.

La Promoción de la Salud, eje de la Atención Primaria desde la declaración de Alma Ata, comporta una estrategia fundamental para elevar los niveles de salud de la población, dado el cambio demográfico y epidemiológico del país y la urgencia de prevenir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles.

Resulta un desafío constante generar el soporte para la promoción de salud, pues no son las acciones aisladas las que permitirán elevar la salud de la comunidad, sino la integración del intersector[5] en la generación de una movimiento sinérgico que avance hacia una mejora en la calidad de vida de la población. Para ello la estrategia de coordinación con los diferentes actores involucrados en la toma de decisiones, es la medida que genera más y mejor impacto en la proliferación de estilos de vida saludables.

La promoción de la salud debe realizarse con pertinencia cultural y territorial, lo que implica la observancia de las distintas formas de habitar los entornos que existen en la comunidad, para levantar desde allí las necesidades sentidas de los grupos humanos y generar en conjunto con los equipos de cabecera, las estrategias que permitan caminar hacia una mejor salud. Es decir que la promoción es una herramienta que no se puede pensar sin la participación social en salud de las comunidades.

La **Mesa de Promoción de Salud** es una instancia de coordinación desde salud, hacia el intersector y la comunidad. Si bien en el origen sus funciones estaban marcadas por el Plan Comunal de Promoción de Salud, financiado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, se debe ampliar la mirada y proyección del trabajo hacia un sentido de la salud integral, con enfoque comunitario y pertinencia territorial.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario abarca la **territorialidad** de cada Centro desde los Sectores y Equipos de Cabecera, con el afán de trabajar las problemáticas de salud en un contexto real y en atención a aquellos determinantes que influyen en los niveles de salud de la población, para lograr el impacto sanitario necesario.

El trabajo territorial se llevará a cabo mediante la coordinación de los equipos de salud y los actores comunitarios pertinentes en la realización de Cabildos territoriales organizados desde las Juntas de Vecinos y con la participación de las Uniones Comunales. La finalidad de la participación del equipos de Salud, además de levantar necesidades de abordar por territorio, es generar la habilitación necesaria a los vecinos para la generación de estrategias de salud colectiva y Barrios Saludables, además de mantener canales de información regulares y certeros entre los equipos de salud y la comunidad.

La generación de instancias de educación en salud, permite potenciar factores protectores y la identificación de aquellos riesgos para la salud, en virtud de fomentar la toma de decisiones informadas.

Plan Colaborativo con los Consejos de Desarrollo Local.

Durante el 2014 se ha generado desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur, una invitación al trabajo reflexivo y crítico en torno a esta instancia. Se cuestiona las formas de participación utilitarias y al servicio de las instituciones de salud, más que a la generación de una participación democrática y en igualdad de oportunidades, que nos permita retejer y densificar lo social.

[5] "En la intersectorialidad se incluyen sectores como: educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones tanto públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas". Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. MINSAL.

Se trabaja también en el sentimiento del rol del/la encargado/a de participación que no logra sostener la promesa de colaboración ni de participación, sino sólo la necesidad de la obtención de los verificadores necesarios para lograr la meta. Se pone en juego el concepto de Salud que comporta esta tarea, la falta de integralidad que su concepción tiene del ser humano y su énfasis en la morbilidad.

Se propone la participación social como factor protector de la salud y constructor de ciudadanía y democracia, necesarias para eliminar las inequidades sociales en el país.

Este año, las Comunas del Sur comenzaron su tránsito al encuentro de la salud en la comunidad y desde los territorios; van dejando el asistencialismo y se proponen su construcción desde un enfoque de derechos.

Finalmente, a pesar de tener que seguir trabajando durante el 2015 en los 4 ejes propuestos desde el Ministerio de Salud (GES, Satisfacción Usuaria, Apoyo Metas ley y Fortalecimiento del CDL), se propiciarán actividades territoriales que fortalezcan la participación en salud y que generen las habilidades necesarias en la comunidad para la construcción de la salud.

Diagnósticos Participativos

La elaboración de los Diagnósticos Participativos se realiza de forma sectorizada por cada Centro de Salud. Dentro de la lógica de la territorialidad, cada equipo de cabecera coordina el levantamiento de necesidades de acuerdo a la pertinencia, con actores sociales y/o dirigentes territoriales (sectores que concentran varios de los establecimientos educacionales de la comuna versus sectores sin colegios).

La metodología es combinada: cuantitativa (realización de encuestas) y cualitativa (entrevistas individuales y/o grupos de discusión, etc.).

La priorización de problemas se realiza con la comunidad, luego de presentarles la sistematización de la información levantada.

Se propone la creación de estrategias para abordar las problemáticas relevantes en salud u otras, con la comunidad, mediante la utilización de técnicas de planificación popular.

El trabajo diagnóstico con la comunidad es un momento de partida para la organización del trabajo territorial, en el sentido de generar una línea base que permita posteriores evaluaciones y replanteamientos de las estrategias. Se considera el trabajo con la comunidad como dinámico y sujeto a contingencias e imprevistos. Es fundamental generar las habilidades y desarrollar herramientas que hagan el trabajo diagnóstico cada vez más expedito, con el fin de lograr estrategias cada vez más eficaces.

En San Miguel se ha abordado este trabajo con un alcance aproximado de 100 personas (entrevistas, reuniones, focus group) hasta octubre. Sin embargo las actividades programadas para Noviembre, Diciembre y Enero siguen en construcción. Es necesario considerar las complejidades del proceso de sistematización de la información y la generación de herramientas metodológicas con la rigurosidad necesaria y suficiente.

Algunos resultados preliminares encontrados:

- Soledad en Adultos Mayores
- Problemas de Salud Mental

- Alcoholismo, drogadicción y delincuencia
- Enfermedades cardiovasculares
- Soledad en infancia y adolescencia
- Obesidad en la población
- Gran cantidad de postrados

La generación de las estrategias de abordaje de algunos de estos problemas se encuentra en construcción. Así como el levantamiento de información por territorios aún no abordados.

Instalación de equipos de salud multidisciplinarios en escuelas municipales de San Miguel

Basados en la experiencia del municipio de Peñalolén y en particular lo desarrollado en el municipio de Lo Prado, la salud comunal ha comenzado a instalar en forma permanente un equipo multidisciplinario creando las condiciones físicas necesarias, en al menos dos escuelas municipales. Estos equipos tienen como tarea insertarse en la comunidad escolar y dar apoyo en todos los aspectos de salud de los estudiantes. Con la finalidad de lograr un mayor y mejor impacto en la salud de niños y adolescentes. Este equipo deberá desarrollar las diferentes actividades promocionales, preventivas y curativas comprometidas en los convenios de joven sano, vida sana, salud del adolescente, odontológico escolar, entre otros.

Tanto la población infantil como la población adolescente comparten algunas características que dificulta su acceso a los servicios de salud. La completa dependencia de un adulto responsable durante la infancia, hace que la atención de sus necesidades muchas veces se vea pospuesta debido a la disponibilidad de tiempo de sus cuidadores. En cuanto a la adolescencia como etapa vital, si bien existe una cierta independencia respecto a los tiempos de los adultos responsables, el acceso a los servicios de salud se ve obstaculizado por la inexistencia de espacios amigables que generen el trato adecuado para las personas de este grupo etario, considerando sus características y necesidades particulares.

El trabajo de salud desde los establecimientos educacionales, nos permite intervenir sobre una población cautiva y en un ambiente familiar para ellos, generando un impacto real y medible dentro de la comunidad escolar y permitiendo proyectar los resultados a largo plazo.

El equipo responderá a la coordinación realizada desde la Corporación de Salud Municipal junto con el Departamento de Educación Municipal, y al mismo tiempo deberá generar las dinámicas necesarias para su inclusión en el sistema escolar del Establecimiento. Esta labor comporta la instalación de una visión integral de salud en la comunidad, acorde a las necesidades de ésta.

Se proponen los siguientes convenios del SSMS a realizar por los equipos en los establecimientos:

Programa Vida Sana en niñas, niños y adolescentes.

Su objetivo general es disminuir los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico en la población intervenida, para contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles; y los objetivos específicos para la población de 6 a 18 años son mejorar en niños y niñas entre 6 y 9 años de PC y la relación Z score de IMC; mejorar en adolescentes entre 10 y 18 años de PC y la relación Z score de IMC; aumentar la actividad física.

Programa Control de Salud Joven Sano.

Definido como la atención integral de adolescentes cuyo objetivo es generar un vínculo con el adolescente, evaluar su crecimiento y desarrollo, promover conductas y hábitos de vida saludables, pesquisar y tratar precozmente los problemas de salud, detectar factores y conductas de riesgo relacionadas con enfermedades prevalentes, que generen morbimortalidad en esta etapa y en la adultez y entregar educación en salud al adolescente y su familia.

Programa GES Preventivo en Salud Bucal.

Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral y aplicación de flúor barniz comunitario en las salas de clases de preescolares de 2 a 4 años. El objetivo es promover hábitos de higiene oral desde temprana edad

Salud Intercultural.

Desde la aprobación por el Congreso de la Ley Indígena N° 19.253 en 1993, donde el Estado reconoce “que los pueblos originarios de Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos; que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias; y que para ellos la tierra es el fundamento principal de su existencia y cultura”, el Estado a través de sus instituciones ha generado condiciones para lograr que se respete, proteja y promueva el desarrollo de las primeras naciones, su cultura, familia y comunidad.

Su vinculación con Salud nace en 1996, año en que el Ministerio de Salud trabaja en un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) el cual tiene como propósito contribuir a que las comunidades indígenas mejoren su situación de salud mediante la implementación de modelos de salud intercultural cogestionado con los Servicios de Salud y valorizando los conocimientos y prácticas en salud de las primeras naciones.

Los fundamentos del PESPI en San Miguel se basan en los siguientes lineamientos:

- Fortalecer la capacidad técnica y de gestión de las instituciones responsables de la salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo de propuestas estratégicas, tendientes a garantizar la pertinencia cultural y adecuación en la gestión y atención que los

Servicios de Salud proveen a la población.

- Contribuir a la protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas médicas propias de los pueblos originarios.
- Realizar estudios sobre situación de salud que consideren las categorías de salud –enfermedad, propias de los pueblos originarios y los factores protectores y de riesgo desde su cultura.
- Favorecer la participación de los pueblos indígenas en la planificación, implementación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar su estado de salud, creando las instancias pertinentes para dicho fin.

Las líneas de acción del trabajo durante 2015 con los CESFAM de San Miguel corresponden a los siguientes objetivos:

- Aumentar cobertura de EMPA en pacientes de etnia indígena y mejorar cobertura de PAP vigente en mujeres de etnia indígena.
- Contar con facilitadoras media jornada en cada CESFAM y asesora Intercultural en la Comuna.
- Entregar las herramientas que permitan integrar prestaciones de la cultura indígena a la cartera de servicios de ambos CESFAM.
- Brindar terapias de auto-cuidado a funcionarios de la salud.
- Contar con señalética con pertinencia indígena en el CESFAM Recreo.
- Contar con señalética con pertinencia indígena en el nuevo CESFAM Barros Luco.
- Celebrar el we tripantu en la comuna de San Miguel.
- Entregar el conocimiento en el uso y preparación de las yerbas medicinales para funcionarios y usuarios de ambos CESFAM.

Encuesta nacional de Satisfacción Usuaria.

El Ministerio de Salud realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción Usuaria en donde cada centro de la atención primaria fue evaluado por sus usuarios, esta evaluación recibió un puntaje respecto al trato que reciben los usuarios en la atención brindada por cada centro de salud. A partir de este puntaje se realiza un ranking a nivel nacional, en donde el 1 corresponde al mejor evaluado/mejor trato al paciente y el 1889 al peor evaluado/peor trato al paciente. Dentro del Servicio de Salud Metropolitano Sur, al que pertenece la Comuna de San Miguel, fueron evaluados 57 centros de APS.

RANKING DE ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES DE SERVICIOS DE SALUD METROPOLITANO SUR EN BASE AL RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE TRATO AL USUARIO					
Ranking nacional	Ranking SSMS	Comuna	Establecimiento	Puntaje	Nivel
30	1	Buin	Alto Jahuel	6,95	1
157	2	San Joaquín	CESFAM San Joaquín	6,83	1
239	3	Calera De Tango	Calera De Tango	6,762	1
310	4	San Bernardo	Juan Pablo II	6,735	1
327	5	San Joaquín	CESFAM Dr. Arturo Baeza Goñi	6,725	1
522	6	San Miguel	CESFAM Barros Luco	6,671	1
763	7	Buin	Amanecer Campesino (Los Morros)	6,574	2
764	8	Buin	Linderos	6,574	2
765	9	Buin	CESFAM Dr. Héctor García	6,574	2
766	10	Buin	Valdivia De Paine	6,574	2
804	13	El Bosque	CESFAM Condores De Chile	6,553	2
924	14	Lo Espejo	Pueblo Lo Espejo	6,486	2
925	15	Paine	CGR Hospital	6,484	2
1511	33	San Miguel	CESFAM Recreo	6,15	3
1601	40	El Bosque	DSM El Bosque	6,07	3
1719	50	La Cisterna	Santa Anselma	5,904	3
1777	53	La Granja Sur	CESFAM Padre Esteban Gumucio	5,8	3
1803	55	San Bernardo	Confraternidad	5,735	3
1899	56	Lo Espejo	Clara Estrella	4,458	3

Fuente: MINSAL

VI Plan Anual de Capacitación Comunal

La Capacitación es una herramienta estratégica de gestión que aporta en el desarrollo de mejores cuidados de salud para los usuarios, mejora la aptitudes de los equipos en los establecimientos, disminuye brechas existentes entre las habilidades y competencias esperadas para una función y las existentes realmente.

La Ley 19.518 define la capacitación como el proceso destinado a promover, facilitar, fomentar y desarrollar las aptitudes, habilidades o grados de conocimiento de los trabajadores para así permitirles mejores oportunidades y condiciones de vida y trabajo e incrementar la productividad nacional, procurando la adaptación de los trabajadores a los procesos tecnológicos y a las modificaciones estructurales de la Economía. Es por ello que el Plan Anual de Capacitación (PAC) se constituye como un instrumento de la gestión del conocimiento, del desarrollo de habilidades y competencias que permitan profundizar en el modelo de atención, procurando intervenciones más eficaces y satisfactorias para la salud de la población.

Presentamos un cuadro resumen del PAC 2015, cuyo detalle se adjunta en los anexos de este Plan de Salud.

Lineamientos estratégicos	Actividades de Capacitación	Objetivos Educativos
1.- Fortalecer el modelo de atención en salud	Salud Familiar	Desarrollar herramientas y conocimientos de salud familiar, de educación para la salud y atención de comunidades migrantes en ámbitos sociosanitarios.
	Salud Integral de Adolescentes y jóvenes	Desarrollar técnicas de acogida efectiva en adolescentes en su entorno, detección de riesgo suicida, actualizar conocimiento en control de salud preventivo del adolescente.
	Salud Intercultural y medicinas complementarias	Desarrollar herramientas de acogida y atención a comunidades indígenas; integrar el conocimiento de la cosmovisión en la atención en salud.
4.- Mejorar la calidad de atención y trato al usuario	Gestión de riesgo clínico	Conocer el concepto de riesgo clínico y seguridad del paciente. Adquirir herramientas para detectar y notificar eventos adversos. Conocer y aplicar herramientas para evitar infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Manejos de residuos especiales y peligrosos.
	Atención y trato al usuario	Adquirir herramientas en trato al usuario respecto de la calidad y proceso de acreditación, relevando temas de acogida, manejo de información y tiempos de espera. Desarrollar la capacidad de entregar información clara y pertinente, considerando als expectativas del usuario.
3. Fortalecer el Sistema de Garantías Explicita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.	Actualización en GES y SIGGES	Fortalecer al equipo GES en los ingresos de la información a la plataforma SIGGES; conocer y manejar criterios de derivación de las patologías GES dentro de la red de salud. Adquirir los conocimientos y habilidades para la consejería GES.
	Gestión de Calidad y Acreditación	Adquirir y aplicar herramientas de gestión de calidad, modelo de excelencia y acreditación. Conocer los componentes, características y medios de verificación del proceso de acreditación de prestadores. Aplicar herramientas de análisis de la calidad y diseño de protocolos clínicos y administrativos.
7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera	Gestión en salud	Generar herramientas de comunicación efectiva, trabajo en equipo y liderazgos positivos.

Fuente: DIRSAL

VII Desafíos 2015

Puesta en marcha CESFAM Barros Luco.

A principios de Diciembre 2014 se efectuará el cambio del CESFAM Barros Luco desde las actuales instalaciones a las nuevas dependencias en la Calle Ángel Guarello con San Ignacio.

El cambio de local antiguo a nuevo, tiene varios significados que es preciso develar para un correcto diseño del quehacer futuro y disminuir las incertidumbres. Se trata de las dificultades generadas por el cambio físico, por la distribución espacial en tres niveles, por la propuesta que es completamente diferente de modelo de distribución y organización de la atención, la sectorización y el trabajo clínico, el flujo de los pacientes, se suma la definición de 100% de registro electrónico, sin ficha física, la entrega de servicios nuevos, las nuevas competencias que deberá el equipo desarrollar entre otros. Todo ello genera un escenario de cambio en las formas e interrelaciones habituales entre los miembros del equipo al desarrollar la atención de los pacientes.

Se espera una marcha blanca lo menos extensa posible, pero suficiente para la generación de una atención fluida y adecuada a los nuevos requerimientos de la población y nuevas atenciones a la comunidad.

Reposición CESFAM Recreo

Durante el año 2015 se trabajará para avanzar en el proyecto de reposición del CESFAM Recreo. Este proyecto se encuentra en la fase de recepción de observaciones para la recomendación técnica las que ya fueron entregadas a los organismos correspondientes.

Adicionalmente, se podrá llevar adelante el diseño del futuro CESFAM conforme a los actuales estándares de PMA. Se espera comenzar la construcción el 2do semestre del 2015.

Proyecto Bodega de Farmacia Comunal.

El 2015 la bodega comunal de farmacia mejorará su infraestructura actual y su capacidad de almacenaje, permitiendo observar las normativas vigentes y autorización sanitaria.

El aumento en su capacidad de almacenamiento permitirá mantener las cantidades de insumos y fármacos necesarios para cumplir con los flujos adecuados en los despachos de medicamentos, así como resguardarnos de mejor manera de las inclemencias del mercado cuando no exista stock disponible.

Mejorar las condiciones también nos permitirá cumplir a cabalidad los convenios vigentes, como el FOFAR, y optimizar los procesos de distribución, almacenamiento y mantención de los insumos y fármacos.

Reposición del carro móvil dental

La comuna cuenta con una Unidad Móvil Dental (UMD), carro de arrastre adquirido en 1983 reacondicionado el año 2000, para brindar atención odontológica de choque, o sea resolver problemas dentales urgentes, focalizándose aumentar la cobertura de la población adulto mayor. El 2013 la UMD atendió 1.823 usuarios.

La UMD ha cumplido su período de vida útil, por lo que disponer de una nueva UMD permite reorientar la intervenciones hacia una atención odontológica integral de alto impacto, que permita aumentar las coberturas odontológicas y reducir las brechas en nuestra población.

Participación en proyecto Equity II

La Salud Comunal de San Miguel es parte del estudio Equity II, desde Agosto de 2013, estudio liderado por la Escuela de salud Pública “Dr. Salvador Allende” y financiado por la Unión Europea.

Este proyecto, titulado *"Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes integradas de servicios de salud de América Latina" s*e está realizando con España como líder del estudio y la colaboración de Bélgica en varios países de Latinoamérica: Argentina, Uruguay, Brasil, Colombia, México y Chile.

Tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la efectividad, eficiencia y equidad de nuestra red de salud, identificando en conjunto con los equipos buenas prácticas para la coordinación asistencial, mejorando la continuidad percibida y la integración de los cuidados de salud.

La metodología utilizada implica la participación de la Dirección de salud de la comuna, como también de las direcciones de los centros de salud familiar y sus equipos; también es parte de la iniciativa el SSMS.

En sus cinco años de duración espera generar una dinámica de investigación acción con los equipos locales, establecer líneas de base, y levantar las problemáticas de articulación y coordinación de la red que serán abordadas prácticamente. Las intervenciones diseñadas serán implementadas y evaluadas en el marco de este proyecto, el cual también contribuirá al desarrollo de capacidades locales en investigación.

ANEXOS

PROYECTO DE PRESUPUESTO AREA SALUD AÑO 2015

CONSIDERACIONES GENERALES:

De acuerdo al informe de política Monetaria emitido por el Banco Central, se estima para el año 2015, que la economía chilena presentará una desaceleración la cual se empezara a manifestar en el tercer y cuarto trimestre del año 2014. Para hacer frente a dicho escenario es que la política fiscal para el año 2015 propone un presupuesto de carácter contracíclico, gatillando dos tipo de acciones para evitar una desaceleración mayor a la prevista. Dichas acciones a saber son:

- Política Monetaria de carácter expansiva, lo cual se traducirá en bajas de la tasa de interés del Banco Central.
- Aumento del gasto público, con un fuerte énfasis en el aumento de la Inversión Pública.

Resultado de este tipo de política contracíclica, el Banco Central plantea como escenarios probables de indicadores económicos para el año 2015 los siguientes:

Inflación: rango meta 3%
Crecimiento, PIB : Rango meta 3 – 4%
Crecimiento Gasto Publico: 9.8%

En base a lo anterior, se han utilizado como supuestos de construcción para el presupuesto de la Corporación Municipal para el año 2015 los siguientes:

- IPC: 3%
- Crecimiento de las remuneraciones del sector público: 5%

La Corporación Municipal de San Miguel (CMSM), utilizó para su estimación 2015 un aumento del gasto del sector público del 5% el cual se ve reflejado en las partidas de ingresos, y para efecto de la estimación de los precios de los bienes y servicios fueron reajustados en un 3%, el cual es la proyección de inflación entregada por el Banco Central para el año 2014-2015. El ítem asociado al gasto de personal fue reajustado en un 5% sobre los valores del año 2014.

Otros elementos considerados como base del presupuesto son:

- La proyección del ingreso y gasto del año 2014 fue estimada al valor real a Agosto 2014.
- La CMSM mantiene una deuda previsional adquirida entre los años 1993 - 2000, que al mes de Agosto asciende a M$ 3.124.658, esta no se contempla en el proyecto de presupuesto 2015.

- Pago de la cuota anual, del convenio entre la CMSM y el INP, por un monto de U.F. 3.558,6. Quedando un saldo de 8 cuotas anuales.
- Reajuste estimado del sector público (para efecto de cálculo del costo de RRHH) en Diciembre de 2014 del 5 %
- Reajuste ingreso per cápita sector salud en un 5%.
- Distribución de los gastos de administración central en las áreas de educación y salud a prorrata.

El presupuesto 2015 del área Salud, incluye la proporción correspondiente a Administración Central siendo sus principales partidas de ingresos y gastos las siguientes:

INGRESOS

Considera un presupuesto de ingreso de M$4.884.103, cuyo financiamiento proviene de:

Servicio de Salud Metropolitano	: M$ 3.788.123
Aporte Municipal	: M$ 940.000
Ingresos por Recuperación	
Licencias Medicas	: M$ 135.134
Otros Ingresos	: M$ 20.846

Respecto al aporte del servicio para su cálculo se utilizó el valor de $3.794 reajustados en un 5%. Respecto a los inscritos validados considerados para el presupuesto 2015, se procedió a mantener como estimación el número de inscritos certificados por FONASA del año 2014, es decir 64.764.

Por otra parte los ingresos del servicio consideran M$ 348.511 por concepto de bonos de desempeño y otros aportes a personal de salud. Dichos ingresos son utilizados en un 100% en el pago de bonos de desempeños, y otros beneficios, teniendo su contrapartida en gasto.

Respecto a las partidas de gastos estas son:

- Gasto de Personal	: M$ 4.037.354
- Bienes y servicios de Consumo	: M$ 622.428
- Prestaciones de seguridad social	: M$ 16.250
- Adquisición de Activos no Financieros	: M$ 5.305
- Transferencias Corrientes	: M$ 142.086
- Servicio de la deuda	: M$ 60.680

El gasto de personal para el año 2015 Corresponde al 82.6% del gasto del área el cual fue estimado en función de la dotación de Salud Comunal 2015 la cual alcanza las 12.267 Hrs., estimándose en 744 hrs las que serán financiadas por los programas Ministeriales de Salud.

El gasto de personal indicado incluye el aporte Municipal de $22.404 al servicio de bienestar. Además considera el Bono de merito para el personal de salud el cual se estima en M$10.672

Respecto a los programas ministeriales para el año 2015, se estima al menos la firma de 26 convenios con un monto no inferior a los M$805.811.

Estos programas no forman parte del presupuesto del área salud, dado que su tratamiento es realizado en cuentas complementarias.

La Administración Central de la Corporación Municipal de San Miguel cuenta con de Ingreso de M$12.505 correspondiente a ingresos por arriendo. Y el de gasto de M$610.487, siendo monto a portar con fondos municipales neto para cubrir dicho gasto de M$597.981. Estos ingresos y gastos se encuentran distribuidos a prorrata entre las Áreas de Salud y Administración.

CONCLUSIONES

En resumen el presupuesto de la Corporación Municipal de San Miguel para el año 2015 para el área de Salud alcanza los M$ 4.884.103 de ingresos y gastos, lo cual representa un variación de un 0,1% respecto al presupuesto aprobado el año 2014. Dicho variación obedece a que el cálculo del presupuesto del área salud del año 2014 contemplaba un ingreso percápita en base a 70.704 inscritos, siendo la cifra validada por FONASA la de 64.764.

La Subvención Municipal total requerida para el año 2015 con el objeto de solventar los déficit de operación de la Corporación Municipal en las áreas de Salud y la proporción de Administración Central alcanza el monto de $940.000.000, monto el cual no presenta incremento respecto del año 2014.

La subvención solicitada para el área de Salud de $940.000.000 es con cargo al clasificador presupuestario 215-24-01-03 y considera el aporte municipal al servicio de Bienestar.

PLAN DE CUIDADOS SAN MIGUEL 2015

SALUD MATERNA Y NEONATAL				
Promoción				
Objetivo	**Meta**	**Actividad**	**Indicador**	**Fuente**
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la 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	REM A27
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo	Aumento del porcentaje de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por su pareja, u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado de pareja, familiar u otro	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº total de controles prenatales realizados)*100	REM A01
Prevención				
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.	N° de gestantes con escala de Edimburgo gestantes aplicada segundo control / N° total de gestantes ingresadas x 100	REM A03 REM A05
	Construir línea base de detección de depresión en gestantes.	Detección en gestantes con sospecha de depresión.	N° de gestantes con sospecha de depresión 2° control prenatal / N° de escalas aplicadas a gestantes (2° control prenatal) x 100	REM A03
	Derivar a Salud mental al 100% de las gestantes con riesgo de depresion	Ingreso de gestantes con riesgo de depresión a salud mental	Nº de gestante con test Edimburgo positivo/ nº de gestantes ingresadas por depresión a salud mental X 100	REM 05
Aumentar la detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA)	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	(Nº de gestantes con EPSA aplicado al ingreso /Nº total de gestantes en control prenatal) x 100	REM A03 REM A01
Realizar Acciones psicosociales integrales por el equipo de salud mental	100% de las gestantes con puntaje positivo en escala EPSA reciben acciones del equipo de salud mental	Consultas o visitas de salud mental realizada por psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional.	Nº de gestante con EPSA positivo/ nº gestantes que reciben consultas por el equipo de salud mental x100	REM A06 REM A05 Registros del Programa Rem 26 A
Aumentar la DETECCIÓN de gestantes con RIESGO de violencia de género	Aumentar la DETECCIÓN de mujeres con riesgo de violencia de género en relación al año	Entregar ORIENTACIÓN Y atención a mujeres CON RIESGO DE de violencia de género	N° de mujeres detectadas con riesgo de violencia de género 2015 (menos) N° mujeres detectadas con riesgo de	REM 05

	anterior		violencia de género 2014 / N° de mujeres ingresadas al programa de salud mental 2014 x 100	
Detectar embarazadas con factores de riesgo biomédico.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (CAROP) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico*derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
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	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Apoyar a gestantes que han presentado condiciones de riesgo psicosocial durante el embarazo.	90% de las gestantes que presentan riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	Visita domiciliaria integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	(Nº de VDI realizadas a gestantes que presentan riesgo según EPSA / Nº de gestantes en control que presentan riesgo según EPSA) x 100	REM P01
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso	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 / Nº total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01
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/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100	REM P01
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	80% de madres en gestación con talleres sobre prevención de IRA-ERA	Taller a madres desde el período de gestación sobre prevención de IRA-ERA	(Nº de gestantes que ingresan a educaciónngrupal en prevención de IRA –ERA / total de gestantes bajo control)*100	REM A27 REM P1
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud integral al recién nacido	100% de puérperas y recién nacidos antes de los 11 días de vida acceden a control de salud	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 11 días de vida.	(Nº ingresos de RN a control de salud integral de puérperas y recién nacido antes de los 11 días de vida / Nº total de ingresos de RN a control antes de 28 días) x 100	REM A01 REM A05

	100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.	(Nº de control de salud integral a puérperas y recién nacido antes de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) x 100	REM A01 REM A05
Pesquisa oportuna de las 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 del tamizaje y confirmación, según corresponda.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas en el 100% de las gestantes residentes de las regiones de Arica y Parinacota hasta la Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana (zona endémica). En el resto del país, tamizaje y confirmación al 100% de las gestantes que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. cruzi definidos en la anamnesis dirigida señalada en la Norma General Técnica Nº 0162 del MINSAL.	(Nº de exámenes de tamizaje infección por *T. cruzi.* realizado en gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/ Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/x 100	Registro Local (comuna, región) REM A11 REM A 05
	Establecer línea de base de porcentaje de examen de detección realizado en gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.		(Nº de exámenes de tamizaje infección por T. cruzi. realizado en gestantes que ingresan a control prenatal/ Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal x 100 (resto del País)	
	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. con resultado positivo en gestantes que ingresan a control prenatal. / Nº exámenes de tamizaje infección por T. cruzi. con resultado reactivo en gestantes que ingresan a control prenatal x 100	Registro Local (comuna, región) REM A11
	Establecer línea de base de porcentaje de examen de detección realizado en recién nacidos con infección congénita por T. cruzi., hijos de madre con enfermedad de Chagas.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de los recién nacidos con infección congénita por T. cruzi., hijos de madres con enfermedad de Chagas.	(Nº de exámenes con resultado positivo aplicado en recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas /Nº total de exámenes con resultado reactivo aplicado en los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. cruzi., hijos de madre con enfermedad de Chagas) x 100	Registro Local (comuna, región) REM A 11

Disminuir la transmisión vertical de VIH	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 gestación prenatal	N° de gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A11 Sección C1 y C2 REM A05: Sección A
	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/N° total de gestantes VIH (+)) * 100	REM A05 Sección B SIGGES
	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO		(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas a CAROP/N° total de gestantes VIH (+)) * 100	REM A05 Sección B SIGGES
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, visitadas-citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del SS. Sistema de registro único de información VIH/SIDA
	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son citadas-visitadas	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando confidencialidad	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas/N° de gestantes VIH(+) inasistentes a control de embarazo x 100	Registros de Consolidado servicio de salud
	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 de VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) x 100	Registros locales de derivación. /REM A05
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecologica	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01/población inscrita validada
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 5% 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 2015 [MENOS] Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva 2014)/ Nº de mujeres y hombres en edad fértil que reciben	REM 19 a

			consejería en salud sexual y reproductiva 2014)*100	
Mejorar la calidad de vida de la mujer postmenopáusica	un 5% de mujeres entre 45 y 64 años con aplicación de pauta MRS	Aplicación de pauta MRS, a todas las usuarias entre 45 y 64 años con o sin sintomatología climatérica, de acuerdo a orientaciones técnicas año 2013	(N° de mujeres entre 45 y 64 años con pauta MRS aplicada/N° de mujeres entre 45 y 64 años) X100	REM P1
	17% de mujeres entre 45 y 64 años bajo control de climaterio	Control climaterio a mujeres entre 45 y 64 años 3 veces al año, de acuerdo a orientaciones técnica año 2013	(N° de mujeres entre 45 y 64 años en control climaterio/N° de mujeres entre 45 y 64 años) X100	REM P1
Tratamiento				
Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de dos años con factores de riesgo de salud mental o diagnósticos de trastornos mentales.	Aumentar el porcentaje de ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	N° de gestantes y madres de hijos menores de dos años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2015 (menos) N° de gestantes y madres de hijos menores de dos años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014 / N° de gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados año 2014 x 100	REM A05
Aumentar cobertura de tratamiento a gestantes con depresión	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto del año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2015 (menos) N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2014 / N° de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión 2014 x 100	REM A05

Aumentar la atención de gestantes Víctimas de violencia de género	Aumentar la atención de mujeres Víctimas de violencia de género en relación al año anterior	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género	N° de mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2015 (menos) N° mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género 2014 / N° de mujeres ingresadas al programa como víctimas de violencia de género en 2014 x 100	REM 05
Realizar derivación oportuna y asistida a centros de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	Aumentar la derivación opotuna y asistida a centros de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiiar	Derivación a centros de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	Nº de mujeres pesquisadas como víctimas de violencia intrafamiliar/ nº de interconsultas de mujeres con derivación efectiva a centros de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliarx 100	Rem 05 nº de interconsultas efectuadas
Fortalecer el tratamiento integral de gestantes con depresión u otro diagnóstico de salud mental	Ingresar al 30% de gestantes con depresión u otro diagnóstico de salud mental a Intervención psicosocial de grupos	Derivación e ingreso a intervención psicosocial de grupos de gestantes con diagnóstico de salud mental	Nº de gestantes con diagnóstico de salud mental ingresadas a intervención de grupo/ nº de gestantes con diagnóstico de salud mental x100	REM O5 REM 06.C1 Registro participantes
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	(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	REM A11 REM A 05
Promoción Salud Infantil				
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 individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A
	70% de niñas y niños 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	REM P2, Sección E REM P2, Sección A

	50% 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.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)*100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
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 cojín 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 Metas (2015) Menos Proporción de Metas (2014)	REM A03, Sección A.7 Calculo de Proporción de Metas : (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de niño y niñas controlados al 6to mes)*100
Incorporación del Padre en la supervisión de salud infantil	20% 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 1 año en los que participa del padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año en los que participa del padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100	REM A01, Sección B
	12% de controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa del padre	(Nº controles de salud a niños y niñas de entre 1 y 4 años en los que participa de padre/N° de controles de salud a niños y niñas menores de 1 año)*100	REM A01, Sección B
Promover el buen Trato hacia la Infancia en la comuna	70 % de niños y niñas convocados participan en actividad Celebración Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña.	Celebración Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y la Niña.	(N° niños y niñas participando en actividad / N° de niños y niñas convocados)*100	Rem 19 B, Sección B (Eventos Masivos/Factores Protectores Psicosociales)
	70 **%** de niños y niñas convocados participan en actividad Celebración Día del niño y la Niña.	Celebración Día del niño y la Niña.	(N° niños y niñas participando en actividad / N° de niños y niñas convocados)*100	Rem 19 B, Sección B (Eventos Masivos/Factores Protectores Psicosociales)
	100 % de niños y niñas seleccionadas con Beca Recreo.	Beca Recreo.	(N° niños y niñas seleccionadas /N° de Becas entregadas) * 100	Rem 19 B, Sección B (Jornada/Factores Protectores Psicosociales)
	Participación en el 100% de las reuniones de red CHCC y RIA.	Trabajo de Red Intersectorial.	(N° de reuniones de Red en que participa el Cesfam/ N° de reuniones de la red	Rem 19 A, Sección B (Reuniones Intersector/Corresponsabilidad en

			planificadas) *100	salud)
	100% de Jardines Infantiles Municipalizados, reciben educación en temáticas de promoción y prevención de salud.	Educación a Apoderados y Docentes de Jardines Infantiles Municipalizados en temáticas de prevención IRA y Estilos de Vida Saludables.	(N° de Jardines Infantiles Intervenidos /N° de Jardines Infantiles Municipalizados) * 100	Rem 19 B, Sección B (Educación Grupal / Alimentación – Factores Protectores Ambientales)
	70% de Establecimientos Educacionales Municipalidades reciben educación en temáticas de Colaciones Saludables.	Educaciones en Establecimientos Educacionales sobre Colaciones Saludables	(N° de Establecimientos Educacionales Municipalizados Intervenidos /N° de Establecimientos Educacionales Municipalizados) * 100	Rem 19 B, Sección B (Educación Grupal / Alimentación – Factores Protectores Ambientales)
	El 100% de niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico recibirán 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 a niñas/os de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico.	Nº de niña /os de 2 a 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado / total de niños/as de 2 a 6 años que ingresan a tratamiento odontológico * 100	REM A09, Sección B y J REM 09, Sección C
Prevención				
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	Promedio de 6 talleres de “Nadie es Perfecto” iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.	Taller educativos 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 talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / Nº total de facilitadores de la comuna)*100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)
	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 educativos 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 los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo
	50% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de	(Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal	REM A27, Sección A REM P2, Sección A

	ingresan a taller de prevención IRA	prevención de IRA en época de baja circulación viral	en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	90% 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 de ciclo vital de niñas y niños de 1 y 2 meses)*100	REM A03, Sección A1REM A01, Sección B
	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	SIGGES FONASA
	Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre, padre o figura significativa en el control de salud de los 4 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2014	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre, padre o figura significativa.	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2015) [MENOS] (Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)/ (Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada a niños y niñas de 4 meses año 2014)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B
	90% 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 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 de ciclo vital de niñas y niños 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM P2, Sección A
	90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	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 de ciclo vital de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM P2, Sección A

	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 de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrolloPsicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud delos 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a23 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	50% niñas y niños de 24 meses deedad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Control de salud a los 24 meses conaplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas enel grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación)/ N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajocontrol) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	60% 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 desarrolloPsicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación).en el control desalud de los 36 meses / Nº Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)* 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	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	SIGGES REM A03, Sección B
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles..	Cobertura de vacunación.	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente.	(Nº total de vacunas Pentavalente, tercera dosis administrada/ Nº Total de niños menores de un año de vida)*100	Sistema Informático–RNI Proyección INE, censo 2002
		Administración de dosis de Refuerzo vacuna Neumológica Conjugada durante el primer año de vida.	(N° total de vacunas Neumocócica conjugada, tercera dosis / Nº de niños menores de un año de vida)*100	
		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	(Nº de vacunas Trivírica, primera dosis / Nº de niños menores de un año de vida)*100	
		Administración de la primera dosis de vacuna VPH a niñas mayor de 9 años que cursan cuarto año	Nº de vacunas VPH primera dosis a niñas mayor de 9 años que cursan cuarto año	

		básico en escuelas públicas y privadas	básico/Nº total de matrícula.	
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovascular asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 2 a 9 años.	50% de niñas/os entre 2 a 9 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 2 a 9 años.	(Nº de niñas/os entre 2 a 9 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención/Nº total de niñas/os entre 2 a 9 con primer control realizado por el programa vida sana) x 100	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo
			(Nº de niños y niñas mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4° mes de intervención / Nº total de niños y niñas entre 6 a 10 años con 4º control realizado)*100	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	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	REM P2 sección A REM P2 sección H.
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	El 90% de los niñas/os que asisten a control de salud a los 18 meses de edad deben ser evaluados en salud bucal.	Control de salud a los 18 meses de edad por enfermeras o nutricionista, con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-dentarias.	Nº de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal / Nº de controles de salud realizados al grupo de 18 a 23 meses * 100.	Registro localREM A01, Sección B
	100 % de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados reciben actividad preventiva y entrega de kit de	Programa Sembrando Sonrisas: Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral	Nº de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual / Nº de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual * 100.	REM 09

	higiene.			
	Porcentaje de la matrícula convenida con JUNJI, Integra, NT1 y NT2 de Establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados seleccionados recibirán prevención específica.	Programa Sembrando Sonrisas: Aplicación de flúor barniz comunitario	Nº de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años realizadas año 2015) / (Nº de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 5 años comprometidas año 2015 * 100.	REM 09
	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 47 meses bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a71 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	REM P2 Sección A
	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.	(Nº de controles de salud de niños de 6 a 9 años / Nº total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
	Disminuir la inasistencia en niñas y niños de 24 a 71 meses a control de salud respecto al año anterior	Rescate de niñas y niños de 24 a 71 meses inasistentes a control de salud.	(Nº de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control inasistentes 2015) (MENOS) (Nº de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control inasistentes 2014)/ Nº de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control 2014)*100	REM P2, Sección F REM P2, Sección A
	90% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave)*100	REM P2, Sección D

Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 0 a 9 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
Apoyo a y capacitación a docentes en la comprensión y el manejo en el aula de problemáticas de salud mental en la infancia	Desarrollar 5 actividades de capacitación y sensibilización en establecimientos educacionales con docentes	Actividades de capacitación con docentes de diferentes establecimientos educacionales	Nº de actividades de capacitación a docentes desarrolladas por el equipo de Salud Mental en establecimientos educacionales	Rem 06 C2 REM A19a, B.1
Realizar derivación oportuna y asistida a centros de atención especializada en vulneración de derechos de la infancia	Aumentar la derivación opotuna y asistida a centros de atención especializada en vulneración de derechos de la infancia	Derivación a centros de atención de atención especializada en vulneración de derechos de la infancia	Nº de niños (as) pesquisadas con vulneración de derechos / nº de interconsultas de niños detectados con vulneración de derechos con derivación efectiva a centros de atención especializada en vulneración de derechos x 100	Rem 05, nº de interconsultas efectuadas
Tratamiento				
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.	Alcanzar a lo menos un 50% de cobertura en altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 años, inscritos y validados.	-Examen de Salud -Aplicación de sellantes -Fluoración Tópica -Ortodoncia Interceptiva -Pulpotomías -Profilaxis -Operatoria -Urgencias -Radiografías	Nº de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 2 años inscritos y validados * 100	REM A09, Sección C
	Alcanzar a lo menor un 45% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.		Nº de niñas/os de 4 años con alta odontológica total / Nº Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados * 100	REM A09, Sección C
	El 100% de los ingresos a tratamiento odontológico desde los 2 a 5 años de edad deben tener un registro de índice de caries dentales (ceo).	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 5 años. Con aplicación del índice de caries dentales (ceo).	Nº de niñas/os de 2 a 5 años con registro de (ceo) / Nº total de niñas y niños de 2 a 5 años con ingreso odontológico * 100.	REM A09, Sección C

	Alcanzar a lo menos un 79% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 6 años, inscritos y validados.	-Examen de Salud -Aplicación de sellantes -Fluoración Tópica -Ortodoncia Interceptiva -Pulpotomías -Profilaxis -Operatoria -Urgencias -Radiografías -Destartraje supragingival -Exodoncia -Entrega kit de higiene	Nº de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / Nº Total de niñas/os de 6 años inscritos y validados * 100.	REM A09, Sección C
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 con Trastornos Hipercinéticos, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento de niños/as (5 a 9 años) con Trastornos Hipercinéticos.	N° de niños/as (5 a a9 años) ingresados a tratamiento por Trastorno hipercinético 2014/ N° de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por Trastornos Hipercinéticos 2014 x 100	REM A05
	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños/as (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento integral a niños/as (0 a 9 años) con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia.	N° de niños/as 0 a 9 años) ingresados a tratamiento (con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2015 (menos) N° de niños/as 0 a 9 años) ingresados a tratamiento (con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014 / N° de niños/as 0 a 9 años) ingresados a tratamiento (con trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2014 x 100	REM A05
	Establecer línea base de niños y niñas en tratamiento por Trastorno Hipercinético (6-9 años)	Niños/as en tratamiento por Trastorno Hipercinético (6 a 9 años)	N° de niños/as (6 a 9 años) en tratamiento por Trastorno Hipercinético/ Población beneficiarias validada por Fonasa de niños/as de 6 a 9 años x 100	REM P06
	Establecer línea base de Consultorías en	Consultorías de salud mental recibidas por el	N° de consultorías a niños/as de 0 a 9 años en salud	REM A06, Sección A2, supeditado a

	Salud Mental realizadas a niños/as de 0 a 9 años.	establecimiento de APS	mental realizadas	cambio de REM.-
	Casos abordados a través de Consultoría de salud mental a niños/as de 0 a 9 años	Revisión de casos de niños/as 0 a 9 años en modalidad de consultoría de salud mental	N° de casos revisados de niños/as de 0 a 9 años	REM A06, Sección A2, supeditado a cambio de REM.-
	Aumentar el número ingresos a intervención psicosocial de grupo de niños (y sus padres) con diagnóstico de salud mental.	Niños y padres beneficiarios de intervención psicosocial de grupo	Nº de niños de 6 a 9 años con diagnóstico de salud mental (y padres) ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2015/ Nº de niños (y padres) ingresados a salud mental año 2015 . / (MENOS) nº de niños de 6 a 9 años con diagnóstico de salud mental (y padres) ingresados a intervención de grupo año 2014 / nº de ingresos de niños de 6 a 9 años a salud mental (y padres) año 2014 x100	Rem 05 2015, rem 05 2014 Rem 06.c1, mas listados de asistencias
	Aumentar el nº de niños de 0 a 9 ingresados a terapia floral con diagnóstico de TDHA o trastornos del comportamiento y las emociones.	Niños atendidos en terapia floral	Nº de niños 0 a 9 años ingresados a terapia floral año 2015 (MENOS) nº de niños entre 0 a 9 años atendidos en terapia floral año 2014/ nº de niños de 0 a 9 años atendidos en terapia floral año 2014 x100	Rem 05 2014, 2015 Cartolas de terapia floral
	Aumentar las VDI en niños/as en riesgo psicosocial en relación al año anterior.	VDI en niños/as en riesgo psicosocial en relación al año anterior	N° de niños/as en riesgo psicosocial que reciben VDI 2015 (menos) N° de niños/as en riesgo psicosocial que reciben VDI 2014/ N° de niños/as en riesgo psicosocial que reciben VDI 2014 x 100	REM A26
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 10% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2015 (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con	REM P3, Sección A

			síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2014/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente de 0 a 4 años y de asma bronquial de 0 a 9 años durante el 2014) * 100	
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA Baja en menores de 5 años	Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico x 100	SIGGES
Aumentar el porcentaje de niñas y niños en tratamiento con déficit/riesgo/retraso/rezago en el DSM	80% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria.(Ludoteca no es intervención).	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
	100% de niñas/os menores de 4 años con **déficit (riesgo y retraso)** en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
	100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	REM A26, Sección A REM P2, Sección C
	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	(Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación que se recuperan en la	REM A05, Sección G

	cumplen tratamiento		reevaluación del DSM/ Nº de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación)*100	
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor	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	REM A05, Sección G
	85% de los niñas y niños detectados con **riesgo** en su desarrollo psicomotor en las primera evaluación de los 8, 18 y un 50% en niños de36 meses recuperadas/os.	Revaluación de niñas y niños con **déficit (riesgo y retraso)** en su desarrollo psicomotor.	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en las reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)
	70% de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y un 40% en niños de 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	Revaluación de niñas y niños con **déficit (riesgo y retraso)** en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03, Sección A.2 (columnas D, E, G)
	Línea base de niños y niñas egresados de Sala de Estimulación cumplen tratamiento	Cumplimiento de tratamiento en Sala de estimulación de niños y niñas egresados	(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	REM A05, Sección G
	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	REM A05, Sección G
SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD				

Promoción				
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Realizar actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales.	N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales 2015 (menos) N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales 2014/ N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales 2014 x 100	REM A06 Fórmula de cálculo
Fomentar estilos de vida saludable en la población de 10 a 19 años	100% de actividades planificadas realizadas 4 Ferias Saludables	Feria Saludable: actividades educativas con módulos temáticos	N° de ferias realizadas año 2015/ N° de ferias planificadas año 2015	REM 19 A Sección B.1
Fomentar habilidades para la vida en la población de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	100% de actividades planificadas realizadas 4 Ferias Saludables	Talleres educativos en establecimientos educacionales.	N° de talleres realizados 2015/N° de talleres planificados 2015	REM 19 A Sección B.1
Intervención Educativa en Centro Comunitario San Miguel Joven	100% de actividades planificadas realizadas 2 actividades	Talleres participativos en conjunto a los adolescentes que participan en el Centro Comunitario	N° de talleres realizados 2015/N° de talleres planificados 2015	REM 19 A Sección B.1
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente.	El 100% de los adolescentes de 12 y 15 a 19 años que ingresan a tratamiento odontológico deben recibir educación en	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los adolescentes que ingresan a tratamiento. Consejería Breve en Tabaco.	Nº de adolescentes de 12 y 15 a 19 años con educación individual en técnica de cepillado / Nº total de adolescentes de 12 y 15 a 19	REM A09

	técnica de cepillado, realizado ya sea por un odontólogo o un técnico paramédico odontología. Realizar Consejería Breve en tabaco al 10% de los adolescentes de 12 años.		años ingresado a tratamiento odontológico * 100. N° de adolescentes de 12 años con consejería breve en tabaco / total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total * 100.	
Promover Estilos de Vida Saludables en la Población Adolescente.	50% de adolescentes que asisten a control joven sano, reciben consejería antitabaco.	Consejería Antitabaco	(N° de Adolecentes que reciben consejería antitabaco/N° de Control joven sano 2015) * 100	REM 19 A, Sección A1
	50% de adolescentes que asisten a control joven sano, reciben consejería en alimentación saludable y Autocuidado.	Consejería Alimentación Saludables y Autocuidado.	(N° de Adolecentes que reciben consejería Estilos de Vida Saludables y Autocuidado. /N° control joven sano 2015) * 100	
Promover las Habilidades de crianza en padres adolescentes.	50% de los padres adolescentes ingresan a Taller Nadie es Perfecto.	Taller Nadie es Perfecto.	N° de padres adolescentes que ingresan a Taller Nadie es Perfecto/ N° de población de padres adolescentes * 100	Rem 27
PREVENCION				
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	100% de controles planificados, realizados.	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	REM A01 sección B ,E
	85% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.		(N° de controles realizados en establecimientos educacionales, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo) * 100	REM A01 sección E
Atención integral de salud ginecológica en población de 10 a 19 años durante el ciclo vital.	Aumentar el 5 % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico de 10 a 19 años(2015) menos 2014/Nº total de mujeres mayor a 10 a 19 años inscrita y validada 2015 menos 2014) x 100	REM A01/ Población inscrita validada
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). (10 a 14 y 15 a 19 años).	Aumentar en un 10% línea base 2014 el número de consejerías en SSR otorgadas a adolescentes mujeres y hombres.	Consejería en SSR.	(N° Consejerías en SSR realizadas (2015) Menos N° Consejerías en SSR realizadas (2014)/ N° Consejerías en SSR realizadas	REM A19a

			2014) x 100	
Aumentar la detección de depresión postparto	100% de madres con aplicación de escala depresión post parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres escala de Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño/a	N° de madres con escala aplicada a los 2 meses del niño/a / N° Total controles realizados a niños/as a los 2 meses de edad x 100	REAM A03 REM A01
	100% de madres con aplicación de escala depresión post parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres escala de Edimburgo (EPDS) a los 6 meses de vida del niño/a	N° de madres con escala aplicada a los 6 meses del niño/a / N° Total controles realizados a niños/as a los 6 meses de edad x 100	REAM A03 REM A01
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescentes y el VIH-SIDA e ITS.	Establecer línea base 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 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes realizadas el año 2015)*100	REM A19a: Sección A1
		Consejería en prevención de VIH e ITS en jóvenes de 20 a 24 años	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en jóvenes realizadas el año 2015 / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en jovenes realizadas el año 2015)*100	
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	Aumentar 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 2015) (MENOS) (Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2014)/ Nº total de población adolescente bajo control de regulación de fertilidad 2014) *100	REM P1
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 20 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	Aumentar en un 10% línea base 2014 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes.	Consejería en regulación de fertilidad.	(Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2015 [MENOS] Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2014)/ Nº consejerías en	REM A19a

			regulación de fertilidad realizadas a adolescentes 2014) x 100	
Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	((Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial2015 [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2014)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2014)) x 100	REM A26 Sección A
		Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	((Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial 2015) [MENOS] (Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial 2014)/ (Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (2014)) * 100	REM A26 Sección A
Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/Nº total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) * 100	REM P1 Sección E
	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit.	(Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/Nº total de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) * 100	REM P1 Sección E
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en adolescentes	50% de adolescentes entre 10 a 19 años y de 20 a 24años que cumplen con al	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adolescentes entre 10 a 19 años y de 20 a 24 años	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo.

de 10 a 19 años Y de 20 a 24 años.	menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención.		establecida por el programa vida sana al término de la intervención Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con primer control realizado por el PVS) * 100. (Nº de adolescentes entre 20 a 24 años que participan del PVS que cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención Nº total de adolescentes entre 20 a 24 años con primer control realizado por el PVS) * 100.	
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica(ERC) de las personas jóvenes de 20 a 24 años en riesgo.	100% de las personas jóvenes de 20 a24 años diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas jóvenes hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	(Nº de jóvenes de 20 a 24 años hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de jóvenes de 20 a 24 años bajo control en PSCV al corte) x 100.	REM P4
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de Alcohol en Jóvenes.	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10% de la población inscrita entre 20 y 24 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol.	N° consultantes entre 20 y 24 años con tamizaje a través de Audit / N° población inscrita validada de Fonasa entre 20 y 24 años x 100	REM A03Solo comunas con Programa Vida Sana OH implementadas (en espera de que San Miguel firme o no convenio)
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo riesgoso de OH , al menos al 95% de la población de 20 a 24 años inscrita con consumo riesgoso de OH, de acuerdo a tamizaje realizado.	Intervención breve para reducir el consumo riesgoso de Oh.	N° de consultantes entre 20 y 24 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo riesgoso de Oh / N° consultantes entre 20 y 24 años con consumo riesgoso de Oh de acuerdo a tamizaje realizado x 100	REM A03
Detección temprana de jóvenes entre 10 a 19 años con sospecha de trastornos mentales.	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12)	N° total de resultados alterados en la aplicación del tamizaje (GHQ12)	REM A03 Supeditado a cambio de REM

Detección temprana de jóvenes entre 14 a 19 años con riesgo suicida.	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para riesgo suicida	Aplicar instrumento de Tamizaje TEST DE OKASHA	N° total de resultados alterados en la aplicación del Tamizaje (5 o más ptos)	REM A03 C2
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en personas de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 5% 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 2015 [Menos] (Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (2014)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años(2014)*100.	REM A02
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.	Aumentar en un 5% 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 realizados)*100	REM P4 Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 REM A02
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 20-24 años.	Aumentar en un 5% 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	REM P4 Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) REM A02
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis de 15 a 24 años.	Aumentar la solicitud de baciloscopias en pacientes con criterios de sospecha de tuberculosis pulmonar entre 15 y 24 años diagnosticados por cultivo	Solicitud de baciloscopia y cultivo en casos sospechosos en personas entre 15 a 24 años	(Nº de solicitudes de baciloscopia en personas entre 15 a 24 años 2015 (menos 2014)	Registro nacional programa de tuberculosis
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Determinar línea base de solicitudes del examen de VIH en personas de 18-24 años en consultas y controles respecto al año anterior.	Realizar examen de VIH en personas de 18-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 18-24 años 2015 [MENOS] Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad en personas de 18-24 años 2014 /Nº total de exámenes para VIH realizados	REM A11 Sección C1 y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios

			por morbilidad en personas de 20-24 años, año 2014) x 100	
			(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 18-24 años 2015 [MENOS] Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 18-24 años 2014 /Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en personas de 20-24 años, año 2014) x 100	REM A11 Sección C1y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios
Fortalecer las habilidades parentales como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-19 años.	100% de Educaciones grupales planificadas, realizadas.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de ingresos a educación de habilidades parentales/Nº de educaciones grupales en habilidades parentales planificadas) x 100	REM A27 Sección A y B Supeditado a cambio de REM
Fomentar el desarrollo de factores protectores psicosociales adolescentes de 10 a 19 años en establecimientos educacionales	Aumentar el N° de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimiento 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 atividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales.	(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales(2015) (MENOS)(Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales(2014)/ Nº de actividades grupales de trabajo intersectorial con establecimientos	REM A06 Formula de calculo

			educacionales dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para implementar acciones que fomenten factores protectores psicosociales(2014)*100	
Aumentar atención de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato.	Aumentar atención de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato	N° de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato atendidas 2015 (menos) N° de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato atendidas 2014/ N° de adolescentes de 10 a 19 años con riesgo de ser víctimas de maltrato atendidas 2014 x 100	REM A05
Aumentar la atención a mujeres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior	Entregar atención a mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género	N° de mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas en 2015 (menos) N° de mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas en 2014 / N° de mujeres adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género atendidas en 2014 x 100	REM A05
	Aumentar la atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género.	N° de mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas en 2015 (menos) N° de mujeres jóvenes de 20 a 24 años víctimas de violencia de género atendidas en 2014 / N° de mujeres jóvenes de 20 a 14 años víctimas de violencia de género atendidas en 2014 x 100	REM A05
Aumentar la detección de depresión postparto	100% de madres con aplicación de escala depresión post parto Edimburgo a los 2	Aplicar a madres escala de Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño/a	N° de madres con escala aplicada a los 2 meses del niño/a / N° Total controles	REAM A03 REM A01

	meses de vida del niño/a		realizados a niños/as a los 2 meses de edad x 100	
	100% de madres con aplicación de escala depresión post parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres escala de Edimburgo (EPDS) a los 6 meses de vida del niño/a	N° de madres con escala aplicada a los 6 meses del niño/a / N° Total controles realizados a niños/as a los 6 meses de edad x 100	REAM A03 REM A01
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol y otras drogas en adolescentes.	100% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol reciben intervención breve (o intervención preventiva).	Intervención Breve o Intervención preventiva.	N° 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	REM A03 Solo comunas con Programa Vida Sana OH implementadas (en espera de que San Miguel firme o no convenio. rox)
Prevenir y aumentar la detección precoz del consumo problema de Alcohol en Jóvenes.	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10% de la población inscrita entre 20 y 24 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol.	N° consultantes entre 20 y 24 años con tamizaje a través de Audit / N° población inscrita validada de Fonasa entre 20 y 24 años x 100	REM A03 Solo comunas con Programa Vida Sana OH implementada (en espera de que San Miguel firme o no convenio)
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo riesgoso de OH , al menos al 95% de la población de 20 a 24 años inscrita con consumo riesgoso de OH, de acuerdo a tamizaje realizado.	Intervención breve para reducir el consumo riesgoso de Oh.	N° de consultantes entre 20 y 24 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo riesgoso de Oh / N° consultantes entre 20 y 24 años con consumo riesgoso de Oh de acuerdo a tamizaje realizado x 100	REM A03
Aumentar la oferta de actividades grupales orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales autoestima y promoción de actividades saludables.	Implementación de talleres psicosociales para adolescentes	Talleres psicosociales en temáticas del adolescente	Nº de talleres realizados para el abordaje de temáticas del adolescente año 2015. (MENOS) Nº de talleres realizado para el abordaje de temáticas del adolescente año 2014 x100	Rem 06. C1
Detección temprana de jóvenes entre 10 a 19 años con sospecha de trastornos mentales.	Establecer línea base de resultados de Tamizaje para sospecha de trastornos mentales.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12)	N° total de resultados alterados en la aplicación del tamizaje (GHQ12)	REM A03 Supeditado a cambio de REM

TRATAMIENTO				
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de OH en relación al año anterior.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de OH	N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2015 (menos) N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2014 / N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2014 x 100	REM A05
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Brindar tratamiento a la población adolescente inscritos entre 10 y 14 años y de 15 a 19 años	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	N° de adolescentes de 10 a 14 años que ingresan a tratamiento de depresión / Población de 10 a 14 años inscrita validada x 100 N° de adolescentes de 15 a 19 años que ingresan a tratamiento de depresión / Población de 15 a 19 años inscrita validada x 100	REM A05
	100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	Tratamiento integral a adolescentes con diagnóstico de depresión.	N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, o con alto riesgo suicida que inician tratamiento y son derivados a especialidad / N° total de adolescentes con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, o con alto riesgo suicida x 100	SIGGES
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 10 y 19 años con problemas o trastornos	Atención a personas entre 10 y 19 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	N° de personas entre 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2015 (menos) N° de	REM A05

	mentales en relación año anterior.		personas entre 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014 / N° de personas entre 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales 2014 x 100	
	Línea base de adolescentes en tratamiento por depresión (10 a 19 años)	Adolescentes en tratamiento por depresión (10 a 19 años)	N° de adolescentes en tratamiento por depresión (10 a 19 años) / población beneficiaria validada por Fonasa de 10 a 19 años x 100	REM P06
	Línea base de jóvenes en tratamiento por depresión (20 a 24 años)	Jóvenes en tratamiento por depresión (20 a 24 años)	N° de jóvenes en tratamiento por depresión (20 a 24 años) / población beneficiaria validada por Fonasa de 20 a 24 años x 100	REM P06
	Línea base n° de consultorías en salud mental realizadas (10 a 19 años)	Consultoría de salud mental recibidas en adolescentes (10 a 19 años)	N° de consultorías en salud mental realizadas (10 a 19 años)	REM A06, sección a.2 Supeditado a cambio de REM
	Casos abordados a través de consultoría de salud mental (10 a 19 años)	Revisión de casos en modalidad de consultoría de salud mental en adolescentes (10 a 19 años)	N° de casos realizados (10 a 19 años)	REM A06, sección a.2 Supeditado a cambio de REM
	Línea base n° de consultorías en salud mental realizadas (20 a 24 años)	Consultoría de salud mental recibidas en jóvenes (20 a 24 años)	N° de consultorías en salud mental realizadas (20 a 24 años)	REM A06, sección a.2 Supeditado a cambio de REM
	Línea base n° casos abordados a través de consultoría de salud mental (20 a 24 años)	Revisión de casos en modalidad de consultoria de salud mental en jóvenes (20 a 24 años)	N° de casos revisados (20 a 24 años)	REM A06, sección a.2 Supeditado a cambio de REM
Mantener y mejorar la Salud Bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas	Alcanzar a lo menos un 74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados.	-Examen de salud; aplicación de sellantes; fluoración tópica; profilaxis, destrartraje supragingival, operatoria, exodoncias, urgencias, radiografías, entrega kit de higiene.	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados * 100	REM 09
	Alcanzar la cobertura convenida con Altas Odontológicas totales, en los matriculados de cuarto año de	Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica: Atención Integral a alumnos de cuarto año de enseñanza media.	Nº de adolescentes matriculados en cuarto año de enseñanza media de colegios Municipales y particulares	REM 09

	enseñanza media de los establecimientos Municipales y Particulares Subvencionados.		subvencionados con alta odontológica total / Nº total de adolescentes matriculados en cuarto año de enseñanza media de colegios Municipales y Particulares Subvencionados * 100.	
Mantener y mejorar la Salud Bucal de la población menor de 20 años, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Alcanzar a lo menos un 23% de cobertura de altas odontológicas totales en la población menor de 20 años, inscritos y validados.	Examen de salud; aplicación de sellantes; pulpotomias fluoración tópica; profilaxis, destrartraje supragingival, operatoria, exodoncias, urgencias, radiografías, entrega kit de higiene.	Nº de población menor de 20 años con alta odontológica total / Nº total de población menor de 20 años inscritos y validados * 100.	REM 09
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	((Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA actual) [MENOS](Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) / (Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) * 100	REM P3
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 2015 [MENOS] Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2014 / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2014) x 100	REM P3 Sección A (2015-2014)
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Incrementar en al menos 10% respecto a 2014 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura hipertensos (2015) (Menos) Cobertura Hipertensos (2014)/ Cobertura Hipertensos (2014)Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 -24 añosbajo control/Nº de	REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010

			personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada) x 100	
	Incrementar en un 20% 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 (2015) [MENOS] Proporción de Metas de compensación (2014)/(Proporción de Metas de compensación (2014)*100 Calculo Proporción de Metas de compensación: (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV	REM P4 Sección B
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2014 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 (2015) (Menos) Cobertura Diabéticos (2014)/ Cobertura Diabéticos (2014) (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada) * 100	REM P4 Sección BPoblación estimada según prevalencia ENS2009-2010 (10%)
	Incrementar en al menos un 20% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación 2015)(Menos) (Proporción de metas de compensación 2014)/ (Proporción de metas de compensación 2014) (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)* 100	REM P4 Sección B Calculo cobertura de Proporción de Metas de compensación:

Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Determinar línea base en 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.	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes de 20 a 24 bajo control en los centros centinela al corte) x 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención. REM P4 Sección A Definir los centros centinelas
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 24 años con consumo perjudicial o dependencia de OH en relación al año anterior.	Atención a personas entre 20 y 24 años con consumo perjudicial o dependencia de OH	N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2015 (menos) N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2014 / N° de personas de 20 y 24 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de OH año 2014 x 100	REM A05
Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 10% la población bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	((Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA actual) [MENOS](Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) / (Población adolecente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA año anterior) * 100	REM P3
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 2015 [MENOS] Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA año 2014 / Población de 20 a 24 años bajo	REM P3 Sección A (2015-2014)

			control Programa ERA año 2014) x 100	
CICLO VITAL ADULTO				
Prevención				
Contribuir al estado de salud optimo en mujeres de edad fértil.	Aumentar en un 2% los controles preconcepcional de la mujeres en edad fértil en relación al año anterior.	Control preconcepcional.	(Nº de controles preconcepcionales / Nº total mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	100% de madres con aplicación de escala depresión post parto Edimburgo a los 2 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres Escala Edimburgo (EPDS) a los 2 meses de vida del niño/a	(Nº de madres con escala aplicada a los 2 meses del niño/a/Nº total controles realizados a niño/s a los 2 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
	100% de madres con aplicación de Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	Aplicar a madres Escala Depresión Post Parto Edimburgo a los 6 meses de vida del niño/a	(Nº de madres con escala aplicada a los 6 meses del niño/a / Nº total controles realizados a niño/s a los 6 meses de edad) x 100	REM A03 REM A01
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto	(N º de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	REM A01
Aumentar el número de personas adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y se controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad, definidos en Normas Nacionales de Regulación de Fertilidad	Ingreso y control a regulación de fertilidad, según criterios de elegibilidad.	(Nº de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de mujeres inscritas y validadas de FONASA) x 100	REM P1
			(Nº de hombres en edad fértil(15 a 49 años OMS que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de hombres inscritos y validados de FONASA) x 100	REM P1

Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01/ Población inscrita validada
Promover la salud sexual y reproductiva	Aumentar la detección de factores de riesgo y derivar a especialista a parejas con infertilidad	Detectar y derivar en forma oportuna a especialista, a parejas con infertilidad	(Nº de consultas en infertilidad / Nº de mujeres en edad fértil Inscrita validada)*100	REM A 04
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2015 (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio 2014)*100	REM P1
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011- 2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres con puntaje elevado MRS / Nº total de mujeres bajo control, con pauta aplicada MRS) x 100	REM P1
Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS respecto al año anterior	Aplicación de Terapia según puntaje MRS	(Nº de mujeres con TRH, bajo control, según puntaje MRS / Nº de mujeres con necesidad de TRH según escala MRS X 100	REM P1
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 5 % las mujeres y hombres que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(N° Consejerías en SSR realizadas 2015) (MENOS) N° Consejerías en SSR realizadas 2014)/ N° Consejerías en SSR realizadas 2014) x 100	REM 19 a
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Aumentar en 2 puntos la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	(Cobertura EMPA 2015)(MENOS) Cobertura EMPA 2014)/ Cobertura EMPA 2014) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada) x 100	REM A02

	Aumentar en dos puntos los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años 2015) MENOS Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años 2014)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años 2014)*100	REM A02 Calculo de proporción: Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres
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 7días 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 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios
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. **(*)En los Servicios de Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana**	50% de personas adultas entre 25 a 64 años que cumplen con al menos 1 de las metas establecida por el programa vida sana al término de la intervención	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 cumplen con al menos 1 meta establecida por el programa vida sana al término de la intervención/ Nº total de personas adultas entre 25 a 64 con primer control realizado por el programa vida sana) x 100	Registro Programa Vida Sana intervención en factores de riesgo (existe una baja adherencia al programa por el horario diurno)
Prevenir o detener 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 / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte) x 100	REM P4 Sección A
Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 1% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión 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 2015 (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2014) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA 2014)*100	REM P4 Sección A Población estimada según ENS 2009-2010

Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes	Aumentar en un 1% 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 2015 (MENOS) Proporción de población bajo control de 25 a 64 años con DM año 2014)/ Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con DM 2014)	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	90% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con 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 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) x 100	REM P4
	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.		(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	QUALIDIAB-Chile REM P4
Pesquisar precozmente diagnóstico de tuberculosis en personas de 25 a 64 años	Entre 20% y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar entre 25 y 64 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas entre 25 a 64 años	(Nº de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas entre 25 y 64 años/Nº de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas entre 25 y 64 años)x100	Registro nacional programa de tuberculosis
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 25-64 años 2015 (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años año 2014)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-	REM A11

			64 años, año 2014)*100	
	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años 2015 (MENOS) (Nº de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años año 2014)/Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años, año 2014)*100	REM A11
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 prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2015 (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014) / (Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas el año 2014)*100	REM A19a Sección A1
Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual	Aumentar en un 10 % el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud Sexual en personas que ejercen comercio sexual.	(Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual 2015(MENOS) Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual 2014)/(Nº de personas que ejercen comercio sexual en control de salud sexual el año 2014)*100	REM A05 Sección U
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.

Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de alcohol en adultos	Implementación de tamizaje del consumo de alcohol, con base a instrumento AUDIT, al menos al 10% de la población inscrita entre 25 y 64 años.	Realizar tamizaje consumo de alcohol	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, con tamizaje a través de AUDIT / N° población inscrita entre 25 y 64 años) x 100	REM A03
	Implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo, al menos al 95% de la población adulta inscrita con consumo de alcohol de riesgo, de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos).	Intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.	(N° consultantes, entre 25 y 64 años, que reciben intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo / N° consultantes, entre 25 y 64 años, con consumo de alcohol de riesgo de acuerdo a tamizaje realizado (AUDIT entre 8 y 15 puntos) x 100	REM A03
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas víctimas de violencia de genero	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 2015 (MENOS) Nº de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Genero año 2014 /Nº total de personas adultas (25 a 64 años) ingresan a Violencia de Genero 2014) x 100	REM 05
Aumentar la detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.	Aumentar el número de las personas adultas que cuentan con tamizaje GHQ 12.	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas (25 a 64 años)	(Nº de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2015 (MENOS) Nº de personas adultas (25 a 64 años) con tamizaje para trastornos mentales año 2014 /Nº total de personas adultas (25 a 64 años) con control GHQ 12 año 2014) x 100	REM A03
TRATAMIENTO				
Brindar atención integral y oportuno a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales	Línea base N° de casos abordados a través de consultoría de salud mental de 25 a 64 años.	Revisión de casos en modalidad de consultoría de salud mental en adultos de 25 a 64 años	N° de casos revisados de 25 a 64 años	REM A06 Sección A.2 Supeditada a cambio de REM

	Formación de al menos un grupo de autoayuda por centro con actividad mensual.	Facilitación de conformación de grupo de autoayuda	Grupo de autoayuda conformados con actividad en el mes/ 12 x 100	Solicitud REM
Prevenir el consumo y aumentar la detección precoz del consumo problema de OH en adultos.	Implementación de tamizaje del consumo de OH con base a instrumento AUDIT, al menos al 10% de la población inscrita entre 25 y 64 años	Realizar tamizaje de consumo de alcohol. Indicador solo aplica a comunas que implementan programa Vida Sana Oh en APS	N° de consultantes entre 25 y 64 años, con tamizaje a través de Audit / N° Población inscrita entre 25 y 64 años x 100	REM A03
	Implementación de Intervenciones Breves para reducir el consumo de Oh de riesgo, al menos al 95% de la población adulta inscrita con consumo riesgoso de Oh, de acuerdo a tamizaje realizado (Audit entre 8 y 15 puntos)	Intervención breve para reducir el consumo de Oh de riesgo	N° de consultantes entre 25 y 64 años que reciben intervenciones breves para reducir el consumo riesgoso de Oh/ N° de consultantes entre 25 y 64 años, con consumo riesgoso de Oh de acuerdo a tamizaje realizado. (Audit entre 8 y 15 puntos) x 100	REM A03
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 a año anterior	Entregar atención oportuna a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género.	N° de mujeres de 25 a 64 años que ingresan a programa de violencia de género 2015 (menos) N° de mujeres de 25 a 64 años que ingresan a programa de violencia de género 2014/ N° de mujeres de 25 a 64 años que ingresan a programa de violencia de género 2014 x1 00	REM A05
Aumentar el nº de beneficiarios entre 25-64 años de salud mental participantes de intervenciones psicosociales de grupo	Incrementar en un 20% la participación de usuarios entre 25-64 años en intervenciones psicosociales de grupo	Intervenciones psicosociales de grupo desarrolladas por el equipo de salud mental para el manejo de los trastornos mentales.	Nº de de usuarios entre 25-64 años ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2015 / nº de ingresos a salud mental entre 25-64 años 2015 (MENOS) Nº de usuarios entre 25-64 años ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2014 / nº de ingresos a salud mental entre 25-64 años 2014 nº x100	Rem 06 c1

Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 1% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos (2015)(MENOS) Cobertura Hipertensos (2014)/ Cobertura Hipertensos (2014)	REM P4 Sección BPoblación estimada según prevalencia estudio Fasce 2007Cálculos de Cobertura;(Nº de personas hipertensas de 25 - 64 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada) x 100
	Incrementar en un 1% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014	REM P4 Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)
	Incrementar en un 1% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 40%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014	REM P4 Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada : (Nº de personas hipertensas de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 1% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos 2015) (MENOS) Cobertura Diabéticos 2014)/ Cobertura Diabéticos 2014)	REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) Cálculos de Cobertura; (Nº de personas diabéticas de 25 - 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la

				población inscrita validada) x 100
	Incrementar en al menos un 1% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 45%		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)/ Proporción de Metas de compensación 2014	REM P4 Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV) x 100
	Incrementar en un 1% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 23%.		(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014) / Proporción de Metas de compensación 2014)	REM P4 Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada : (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada) x 100
	Aumentar en 1% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <130/80 mmHg y Col LDL <100 mg/dl.		(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción año 2014)	REM P4 Calculo proporción (Nº de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control)/Nº total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años)*100

Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Según linea base, aumentar 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 50% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(Proporción 2015) (MENOS) (Proporción 2014)/ (Proporción 2014)	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte) x 100.
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 prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo año 2015 (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014)/ Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año 2014)*100	REM A19a Sección A1
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	REM P12 Sección CPoblación inscrita de mujeres de 50 a 59 años
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) x 100	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos REM P12 Sección A.

				Población de mujeres de 25 a 64 años
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 5% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas)	(Proporción de detección de colelitiasis 2015) (MENOS) (Proporción de detección de colelitiasis 2014)/ (Proporción de detección de colelitiasis 2014)	SIG GES. REM BS17 (Establecimientos dependientes de Servicio) REM BM18 (Establecimientos dependientes de Municipalidad) calculo de proporción (Nº de adultos 35-49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis/ Total de adultos 35-49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas) con ecografía abdominal efectuada) x 100
Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Atender en forma integral a la persona 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) x 100	REM P3, SIGGES
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios	Aumentar en 6% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2015 (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2014) / (Población adulta de 25 a 64 años bajo control año 2014) * 100	REM P3
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas 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) x100	REM A09 Población
Protección y recuperación de la salud buco dental de mujeres beneficiarias	100% de cumplimiento de altas odontológicas totales programadas para año en curso	Atención odontológica integral Más Sonrisas para Chile	(Nº de altas odontológicas integrales Más Sonrisas para Chile realizadas el año actual/ Nº total de altas integrales	SOLICITUD REM

			comprometidas Más Sonrisas para Chile) x 100	
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 problemas o trastornos mentales y sus familias en relación año anterior.	Atención a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2015 (MENOS) Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014) / Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales año 2014)*100	REM A05
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave en relación año anterior.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	(Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014 (MENOS) (Nº de personas entre 25 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve moderada o grave año 2014)/ (Nº de personas entre 25-64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave año 2014)*100	REM A05
	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas de 25 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol en relación año anterior	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 25 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol	(N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2015 (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol año 2014 / N° de personas de 25 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de	REM A05

			alcohol año)2014) x 100	
	Línea base de adultos en tratamiento por depresión (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años)	N° de adultos en tratamiento por Depresión (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años	REM P6
	Línea base de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	Adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotrópicas (25 a 64 años)	(N° de adultos en tratamiento por trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas (25 a 64 años) / Población beneficiaria validada por FONASA de 25 a 64 años)*100.	REM P6
	Línea base N° de consultorías en salud mental realizadas por casos de adultos de 25-64 años.	Consultoría de Salud mental recibidas en adultos 25-64 años.	N° de consultorías en salud mental realizadas 25-64 años.	REM A06, Sección A.2 Supeditado a cambio de REM
	Línea base N° casos abordados a través de Consultoría de Salud Mental 25-64 años.	Revisión de casos en modalidad de Consultoría de Salud Mental en adultos 25- 64 años.	Nº de casos revisados 25-64 años.	REM A06, Sección A.2 Supeditado a cambio de REM
	Línea base de casos revisados por tele consultoría	Consultas médicas por telemedicina (Psiquiatría) adultos (25 a 64 años)	N° de casos revisados por tele consultoría	Rem A07 Sección F
	Formación de al menos un grupo de autoayuda por centro con actividad mensual	Facilitación de conformación de grupos de autoayuda	(Grupo de autoayuda conformados con actividad en el mes/ 12)*100	SOLICITUD REM
Rehabilitación				
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) x 100	REM P3
ADULTO MAYOR				
Prevención				

Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar en al menos dos puntos de cobertura de Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	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 2015 (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014)/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud 2014) x 100	REM P5
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato.	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014)/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014) x 100	REM A05
Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	(Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) Nº de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014) x100	REM A05
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	50% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente)	REM A01 Sección C

			x 100	
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar	(Nº de auditorías realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 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, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM año 2015(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM año 2014)	REM D16 REM P5 Calculo de proporción: (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100
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 clasificada 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) x 100	REM P4 Sección A
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan micro albuminuria (RAC ≥30 mg/grs).	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con micro albuminuria en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria al corte) x 100	REM P4 Sección B
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días	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 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios

	hábiles post-alta.			
Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	Incrementar a lo menos en un 1% 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 2015 (Menos) Cobertura 2014/ Cobertura 2014	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg /Nº de EMP realizados
Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	Incrementar a lo menos en un 1% 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, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Cobertura 2015 (MENOS) Cobertura 2014)/ Cobertura 2014	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/Nº de EMP realizados
Mejorar y mantener la salud bucal del Adulto mayor.	100% de los adultos mayores que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de Prótesis dental en los ingresos odontológicos de adultos mayores.	(Nº de adultos de 65 y más años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado y/o higiene de prótesis/ Nº total de Adultos de 65 y más años que ingresa a tratamiento odontológico) x 100	REM A09 Sección B y JREM 09 sección C
Diagnóstico precoz de Tuberculosis en las personas de 65 años.	Entre 20 y 30% de los casos de tuberculosis pulmonar en mayores de 65 años diagnosticados por cultivo	Confirmación bacteriológica de casos de tuberculosis pulmonar por cultivo en personas de 65 años y más	(Nº de casos de tuberculosis pulmonar confirmados por cultivo en personas de 65 años y más/Nº de casos de tuberculosis pulmonar diagnosticados en personas de 65 años y más) X100	Registro nacional programa de tuberculosis
Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárido 23 valente en los usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura de 80% de Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad	(N° de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años inscritos) x 100	RNI

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 o por morbilidad, con respecto al año 2014	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más 2015 (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y mas año 2014/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, el año 2014)*100	REM A11 Sección C1 REM A11 Sección C2
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% 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) x 100	REM A19 Sección A1 REM P5 Sección A
Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.	100% de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con dependencia severos	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.	(Número de VD a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa / Nº total de persona de 65 años y más con dependencia severa x 100	Rem A26 Sección A
Realizar Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial	Aumentar el número de visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial, en relación al periodo anterior	Visitas domiciliarias (VD) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial	(Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 2015 (MENOS) Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial 2014 /Número de VD a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial en 2014) x 100	Rem A26
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 AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2015 (MENOS) Nº de AM que cuentan con tamizaje para trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014 / Nº de AM que cuentan con tamizaje para	REM A03

			trastornos mentales GHQ-12 aplicado 2014)x 100	
Mejorar la calidad de vida de las personas de 65 años y más con cáncer, dolor, dependencia severa.	A lo menos 2 visitas domiciliarias mensuales a personas con dependencia severa.	Evaluación sobre los cuidados que se le otorga a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales e informar sobre la evaluación al paciente y su familia.	Nº de visitas domiciliarias realizadas a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa	AUGE REM P3, Sección A
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Incrementar al menos en 1 punto porcentuales respecto al año anterior.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable basadas en guías alimentarias y de actividad física.	(Proporción personas de 65 años y más en actividad física año 2015) (MENOS) (Proporción personas de 65 años y más en actividad física año 2014)	REM P5 Sección D Población inscrita validada Calculo proporción (Nº de personas de 65 años y más que al momento de corte 2014, se encuentran en actividad física/ Nº Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100
			(Proporción de consejerías año 2015) (MENOS) (Proporción de consejerías año 2014)	REM A19a Sección A Población inscrita validada. Calculo proporción (Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x 100
SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORES/ES				
Aumentar atención integral y oportuna a las personas de 65 años con violencia hacia el adulto mayor	Aumentar la atención oportuna a las personas de 65 años con maltrato	Entregar atención oportuna a personas mayores de 65 años víctimas de violencia hacia el adulto mayor	Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2015 (MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor en el periodo 2014/ Nº de personas de 65 años y más ingresadas por maltrato hacia el adulto mayor 2014 x 100	REM A05

Aumentar la pesquisa de mujeres adultas mayores víctimas de violencia de genero	Aumentar la atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior	Entregar atención oportuna a mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género	Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2015 (MENOS) Nº de mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014/ Nº mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género atendidas año 2014 x 100	REM A05
Aumentar detección temprana de consumo de alcohol (Solo aplica a comunas con Vida sana alcohol)	50% de Adulto Mayor bajo control con AUDIT aplicado	Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde. (en espera de acuerdo por parte de la comuna de firma de convenio)	Nº de Adulto Mayor bajo control con AUDIT aplicado/ Nº de Adulto Mayor bajo Control x 100	REM A03, Sección D1
Aumentar el nº de actividades con organizaciones y agrupaciones de adultos mayores en sensibilización en prevención de violencia intrafamiliar	Aumentar en un 100% las actividades de sensibilización con organizaciones y agrupaciones de la comunidad en violencia intrafamiliar	Actividades de sensibilización con organizaciones y agrupaciones de adultos mayores en prevención de violencia intrafamiliar	Nº de actividades de sensibilización en prevención de violencia intrafamiliar con organizaciones y agrupaciones de adultos mayores año 2015 (MENOS) nº de actividades de sensibilización prevención de violencia intrafamiliar con organizaciones y agrupaciones de adultos mayores año 2014 x100	Rem 06 C2
Aumentar la oferta de actividades grupales orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales autoestima y promoción de actividades saludables	Implementación de talleres psicosociales para adultos mayores	Talleres psicosociales en temáticas del adulto mayor	Nº de talleres realizados para el abordaje de temáticas del adulto mayor año 2015. (MENOS) Nº de talleres realizado para el abordaje de temáticas del adulto mayor año 2014 / Nº de talleres realizado para el abordaje de temáticas del adulto mayor año 2014 x 100	Rem 06. C1 Rem 27.
TRATAMIENTO				

Brindar atención a personas de 65 años y más con diagnósticos de trastornos mentales	Establecer línea base personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.	Intervención Terapéutica en alcohol en las personas de 65 años y más.	(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia al alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM P6 REM A05
	90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial de alcohol reciben intervención terapéutica o son referidos a otro nivel según corresponda.		N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100	REM P6 Sección A1REM A05, Sección N
	100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento en GES	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / Nº de personas de 65 años y más inscritas) x 100	SIGGES
	Línea base de adultos mayores en tratamiento por depresión (65 años y más)	Adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por Depresión (65 años y más)/ Población beneficiaria validada por FONASA de 65 años y más)*100.	REM P06
	Línea base de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	Adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más)	(N° de adultos mayores en tratamiento por consumo perjudicial o dependencia de alcohol (65 años y más) / Población beneficiaria validada por FONASA de (65 años y más)*100.	REM P06
	Línea base N° de consultorías en salud mental realizadas	Consultoría de Salud mental recibidas en casos de Adultos Mayores	N° de consultorías en salud mental realizadas	REM A06, Sección A.2
	Línea base de casos abordados a través de Consultoría de Salud Mental	Revisión de casos en modalidad de Consultoría de Salud Mental en Adultos Mayores	Nº de casos revisados	REM A06, Sección A.2,

	Línea base de casos revisados por tele consultoría	Consultas médicas por telemedicina (Psiquiatría) Adultos Mayores	N° de casos revisados por tele consultoría	Rem A07 Sección F
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 la sospecha de Alzheimer y otras demencias a personas de 65 años y más	(No de personas de 65 años y más con sospecha de Alzheimer y otras demencias año 2015 (MENOS) Nº de personas de 65 años y más ingresadas con Alzheimer y otras demencias año 2014)/Nº de personas de 65 años y más ingresadas con Alzheimer y otras demencias año 2014) x 100	REM A05 Población inscrita
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 1% 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 69% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación 2015) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación 2014)	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) Calculo proporción de compensación de metas Nº de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg/Nº de hipertenso de 65 años y más bajo control en PSCV
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 1% 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 40% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación 2015 (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014/ (Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) Porción de compensación de metas Población inscrita validada Nº de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg / Nº hipertensos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada

Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 1%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 44% 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 2015 (MENOS) Proporción de Metas de compensación 2014/ Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) Porción de compensación de metas: Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV
Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 1%, hasta alcanzar una compensación de la menos 23.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación 2015 (Menos) Proporción de Metas de compensación (2014) / Proporción de Metas de compensación (2014)	REM P04 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) Porción de compensación de metas Población inscrita validada: Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	90% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV con 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/ Nº Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100	REM P4 Sección C y A
	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	QUALIDIAB-ChileREM P4 Sección C y A

Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 70 % 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) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))x 100	REM P4 Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile
Evaluar la calidad de la atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la Guía Clínica GES DM tipo 2) que reciben las personas diabéticas mayores de 65 años en control en PSCV.	Según línea base, aumentar la proporción de pacientes diabéticos de 65 años o más que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 50% de los pacientes evaluados en los próximos años.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos de 65 años y más en control en PSCV en el centro centinela.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas de 65 años y más diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan 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) x 100	REM P3
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 luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES
Aumentar el nº de beneficiarios adultos mayores de salud mental participantes de intervenciones psicosociales de grupo	Incrementar en un 20% la participación de usuarios adultos mayores en intervenciones psicosociales de grupo	Intervenciones psicosociales de grupo desarrolladas por el equipo de salud mental para el manejo de los trastornos mentales.	Nº de de usuarios adultos mayores ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2015 / nº de ingresos a salud mental de adultos mayores año 2015 (MENOS) Nº de usuarios adultos mayores	Rem 06 c1 Rem 05

			ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2014 / Nº de usuarios adultos mayores ingresados a intervención psicosocial de grupo año 2014 x100	
Rehabilitación				
Ingresar a la red de rehabilitación a los adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial adquirido *Sin Financiamiento, OE 2.8 ENS	80% de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial (visual o auditivo) adquiridos ingresan a atención en la red de Rehabilitación	Ingreso de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial adquirido a la red de rehabilitación	(Nº de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial (visual o auditivo) adquiridos que ingresan a atención en la red de rehabilitación/ Nº de adultos mayores diagnosticados con déficit sensorial (visual o auditivo) adquiridos) x 100	REM P 8 REM A28
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	5% de personas con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	(Nº de personas con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / Nº de personas con EPOC bajo control) x 100	REM P3 Sección C REM P3 Sección A

ANEXO 2 PLAN ANUAL DE CAPACITACIÓN

PLAN DE CAPACITACIÓN PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA. SSMS. COMUNA SAN MIGUEL 2015																
Lineamientos estratégicos	Actividades de Capacitación	Objetivos Educativos	Nº de participantes por categoría							N° horas	Financiamiento				Organismo ejecutor	Coordinador
			A	B	C	D	E	F	TOTAL		Item capacitación	Fondos municipales	Otros fondos	Total estimado		
1.- Fortalecer el modelo de atención en salud	Salud Familiar	Desarrollar herramientas y conocimientos de salud familiar, de educación para la salud y atención de comunidades migrantes en ámbitos sociosanitarios.	10	20	20				50	16	$ 5.000.000			$ 5.000.000	U de Chile	Comité Comunal de Capacitación (CCC)
	Salud Integral de Adolescentes y jóvenes	Desarrollar técnicas de acogida efectiva en adolescentes en su entorno, detección de riesgo suicida, actualizar conocimiento en control de salud preventivo del adolescente.		20	20				40	32	$ 6.000.000			$ 6.000.000	U de Chile	CCC
	Salud Intercultural y medicinas complementarias	Desarrollar herramientas de acogida y atención a comunidades indígenas; integrar el conocimiento de		10	20	10	10		50	8	$ 2.500.000			$ 2.500.000	-	CCC

		la cosmovisión en la atención en salud.														
4.- Mejorar la calidad de atención y trato al usuario	Gestión de riesgo clínico	Conocer el concepto de riesgo clínico y seguridad del paciente. Adquirir herramientas para detectar y notificar eventos adversos. Conocer y aplicar herrmaientas para evitar infecciones asocoadas a la atención en salud (IAAS). Manejos de residuos especiales y peligrosos.	16	10	14				40	24	$ 4.800.000			$ 4.800.000	Macrocap	CCC
	Atención y trato al usuario	Adquirir herramientas en trato al usuario respecto de la calidad y proceso de acreditación, relevando temas de acogida, manejo de información y tiempos de espera. Desarrollar la	10	20	20	10	5		65	16	$ 9.000.000			$ 9.000.000	U de Chile	CCC

		capacidad de entregar información clara y pertinente, considerando als expectativas del usuario.														
3. Fortalecer el Sistema de Garantías Explicita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.	Actualización en GES y SIGGES	Fortalecer al equipo GES en los ingresos de la información a la plataforma SIGGES; conocer y manejar criterios de derivación de las patologías GES dentro de la red de salud. Adquirir los conocimientos y habilidades para la consejería GES.	10	20	30	5			65	24	$ 9.750.000			$ 9.750.000		CCC
	Gestión de Calidad y Acreditación	Adquirir y aplicar herramientas de gestión de calidad, modelo de excelencia y acreditación. Conocer los componentes, características y medios de verificación del proceso de acreditación de	5	30	15				50	32	$ 10.000.000			$ 10.000.000	U de Chile	CCC

		prestadores. Aplicar herramientas de análisis de la calidad y diseño de protocolos clínicos y administrativos.														
7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera	Gestión en salud	Generar herramientas de comunicación efectiva, trabajo en equipo y liderazgos positivos.	5	20	20				45	24	$ 6.750.000			$ 6.750.000		CCC
TOTALES			46	150	159	25	15	0	405	176	$ 53.800.000			$ 53.800.000		

BIBLIOGRAFIA

1. Municipalidad de San Miguel. Memoria Explicativa . Modificación Plan Regulador comunal de San Miguel. 2013.
2. Ilustre Municipalidad de Santiago. Archivos Históricos. http://web.sanmiguel.cl/historia.html. 2012. p. Municipio.
3. De Ramón A. Santiago de Chile. Madrid: Mapfre; 1992.
4. Municipalidad de San Miguel. Madios Construidos y manejo de residuos sólidos. Estudio de actualización plan de desarrollo económico social de la comuna de San Miguel. 2013 p. 65–70.
5. Municipalidad de San Miguel. Zonas Verdes. Estudio de actualización Plan de desarrollo económico social de la comuna de San Miguel. 2013 p. 103–205.
6. PETQUNTA S.A. Consultora Técnica. Estudio Actualización Plan de Desarrollo Económico Social de la Comuna de San Miguel. 2007.
7. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud: Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS. Región Metropolitana. Chile. 2012.
8. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud: Informe final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Chile 2007.
9. Norberto J. Dachs W. Indicadores sobre condiciones de salud de grupos poblacionales. 6to taller regional sobre el desarrollo de indicadores sociales, OPS, Buenos Aires 2000.
10. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile, 2009-2010.
11. Ministerio de Salud. Resultados II Estudio de Calidad de Vida y Salud. 2007