

PLAN DE SALUD 2022

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAINE
DEPARTAMENTO DE SALUD



**ILUSTRE
MUNICIPALIDAD DE PAINE**

Tabla de contenido

DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO	5
Proyección poblacional	5
Distribución según centros de salud.....	6
Estadísticas vitales	11
Natalidad	11
Mortalidad	13
Determinantes sociales de salud	17
Migración.....	18
Vivienda y Hogar	18
Trabajo	21
Caracterización de la Pobreza	21
Enfoque de Género	24
Red de Salud	25
DIAGNÓSTICO SANITARIO	26
Estratificación del riesgo	26
Enfoque de curso de vida	32
Salud en la infancia	32
Salud en la adolescencia y juventud.....	43
Salud en la edad adulta	53
Salud de las personas mayores, familia y cuidadores	60
Programa Salud de la mujer e ITS/VIH.....	65
Programa Odontológico	81
Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS)	83
Programa Salud Mental	91
Programa Chile Crece Contigo	102
DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	105
Antecedentes	105
CESFAM Dr. Miguel Solar	105



CESFAM Raúl Moya y PSR.....	112
PADEMIA COVID-19.....	117
Estrategias de atención Pandemia Covid-19	118
Comportamiento Pandemia COVID-19.....	118
Distribución de COVID-19 en la Comuna	120
Estrategia de Trazabilidad	121
Exámenes de PCR y Test de Antígenos	121
RED DE URGENCIA COMUNAL	124
Descripción de la Red de Urgencia	124
ESTRATEGIA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	130
Hospitalización Domiciliaria	130
Atención Domiciliaria	136
TELETRIAGE	139
Solicitudes realizadas mediante la Plataforma	139
GESTIÓN UNIDADES DE BOTIQUINES CENTROS DE SALUD	142
PROMOCIÓN DE LA SALUD	161
Antecedentes.....	161
Descripción de actividades realizadas 2021	161
Planificación de actividades 2022	170
Proyecciones 2022	171
CALIDAD	172
Gestión Documental	174
Ámbitos de la Calidad	174
Análisis descriptivo impacto pandemia Covid-19 en el equipo de calidad.....	177
Planificación 2022.....	179
Objetivo General	179
Objetivos Específicos	179
Actividades Programadas	179
PLAN DE ACCIÓN	181
Proyectos a desarrollar año 2022	187

Estrategias.....	187
MATRIZ DE CUIDADO	188
Infancia	188
Adolescencia	204
Adultos.....	220
Personas Mayores.....	238
Transversales	251
DOTACIÓN.....	266
GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA.....	269
PLAN DE CAPACITACIÓN.....	272



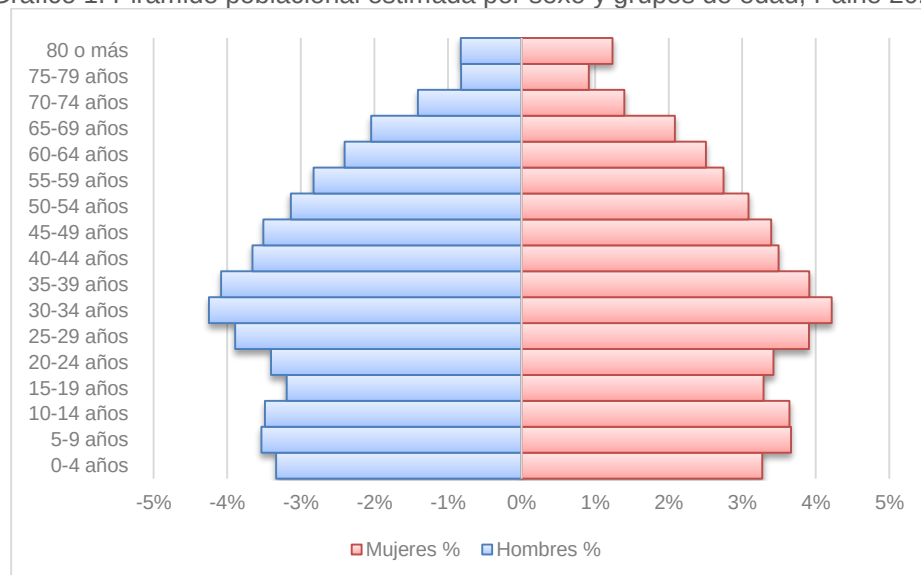
DIAGNÓSTICO SOCIODEMOGRÁFICO

La Comuna de Paine se encuentra ubicada en la Provincia de Maipo de la Región Metropolitana. Cuenta con una superficie de 820 Km², representando el 5,3% de la región Metropolitana. Los límites comunales son al norte con la Comuna de Buin; al noroeste con la comuna de Isla de Maipo; al sur con la Comuna de Mostazal (de la VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins); al oeste con la comuna de Melipilla; al sudoeste con la comuna de Alhué; y al este con la comuna de Pirque.

Proyección poblacional

De acuerdo a las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) a partir del CENSO 2017, para el año 2022 la Comuna de Paine tendrá una población estimada de 85.759 personas con 43.038 mujeres y 42.721 hombres. Respecto a la composición de la población, se observa la clásica distribución de envejecimiento poblacional en el gráfico 1. El índice de masculinidad proyectado es 99,2 hombres por cada 100 mujeres, resultando mayor al proyectado por el INE (97,7) para la región Metropolitana en el 2022.

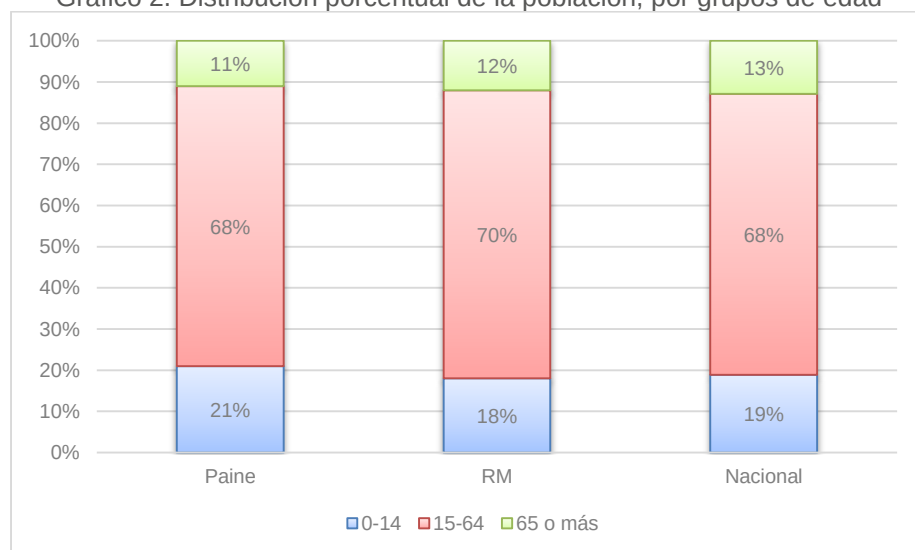
Gráfico 1. Pirámide poblacional estimada por sexo y grupos de edad, Paine 2022.



Fuente: Elaboración propia, a partir de estimación INE 2022.

En relación a la distribución porcentual por edad, a partir del CENSO 2017 se proyecta el comportamiento por grupos de edad al 2022 en Paine, la Región Metropolitana (RM) y a nivel nacional (Gráfico 2). Se destaca la menor proporción de personas mayores en comparación a la RM y a nivel nacional, con un índice de Adulto Mayor (IAM) para la comuna de Paine de 44,49 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, a diferencia de lo proyectado durante el 2022 para la RM (63,9) y a nivel nacional (68,5).

Gráfico 2. Distribución porcentual de la población, por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia, a partir de estimación INE 2022.

La población inscrita validada FONASA estimada para el año 2022 en la comuna es de 66.256 personas. El sector urbano se ve representado por el CESFAM Miguel Solar con un total de 38.501 personas y el sector rural por Postas de Salud Rural y CESFAM Raúl Moya por 27.755 personas.

La población se distribuye heterogéneamente concentrándose principalmente en tres grandes sectores:

- Sector poniente: se integra en tres localidades principalmente; Abrantes, Pintué y Rangue. En este territorio cada localidad posee una Posta de Salud Rural (PSR).
- Sector central: cuenta con dos subsectores, uno norte que se integra por Paine Centro, donde ubica el CESFAM Dr. Miguel Solar y otro sur donde se sitúa Champa y Hospital. En esta última localidad se ubica el CESFAM Dr. Raúl Moya.
- Sector oriente: Se compone de las localidades de El Tránsito, Huelquén y Chada. En estas dos últimas localidades se encuentran las dos PSR del sector.

Distribución según centros de salud

A partir de la información obtenida en FONASA, la población Inscrita Validada para el 2022 en la comuna se distribuye de la siguiente manera (Tabla 1):

Tabla 1a. CESFAM Miguel Solar

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	1095	1039
5 a 9	1458	1362
10 a 14	1557	1478
15 a 19	1378	1381
20 a 24	1414	1533
25 a 29	1440	1676
30 a 34	1465	1763
35 a 39	1359	1457
40 a 44	1264	1372
45 a 49	1230	1215
50 a 54	1234	1229
55 a 59	1100	1203
60 a 64	962	950
65 a 69	665	737
70 a 74	474	534
75 a 79	342	332
80 y más	284	519

Tabla 1b PSR Abrantes.

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	45	42
5 a 9	75	84
10 a 14	82	79
15 a 19	103	77
20 a 24	72	98
25 a 29	76	96
30 a 34	83	83
35 a 39	75	85
40 a 44	86	101
45 a 49	102	99
50 a 54	80	97
55 a 59	97	89
60 a 64	100	91
65 a 69	74	86
70 a 74	47	56
75 a 79	42	47
80 y más	36	43

Tabla 1c. CESFAM Raúl Moya

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	197	196
5 a 9	339	354
10 a 14	396	406
15 a 19	366	399
20 a 24	419	385
25 a 29	436	472
30 a 34	460	470
35 a 39	456	399
40 a 44	480	425
45 a 49	433	418
50 a 54	419	415
55 a 59	479	446
60 a 64	337	349
65 a 69	246	279
70 a 74	245	220
75 a 79	145	146
80 y más	167	176

Tabla 1d PSR Chada.

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	40	54
5 a 9	58	64
10 a 14	69	79
15 a 19	58	57
20 a 24	56	65
25 a 29	71	67
30 a 34	54	78
35 a 39	64	51
40 a 44	71	70
45 a 49	59	67
50 a 54	70	61
55 a 59	71	63
60 a 64	60	50
65 a 69	44	37
70 a 74	41	32
75 a 79	30	31
80 y más	20	23

Tabla 1e PSR Huelquén

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	193	175
5 a 9	257	239
10 a 14	272	244
15 a 19	241	272
20 a 24	259	248
25 a 29	335	312
30 a 34	310	310
35 a 39	254	263
40 a 44	273	266
45 a 49	270	239
50 a 54	264	263
55 a 59	261	264
60 a 64	260	197
65 a 69	154	147
70 a 74	128	117
75 a 79	122	84
80 y más	94	117

Tabla 1f PSR Rangue.

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	19	23
5 a 9	56	44
10 a 14	46	38
15 a 19	43	50
20 a 24	54	38
25 a 29	36	44
30 a 34	32	44
35 a 39	31	33
40 a 44	36	54
45 a 49	34	45
50 a 54	36	33
55 a 59	32	40
60 a 64	28	27
65 a 69	32	27
70 a 74	16	23
75 a 79	14	12
80 y más	11	13

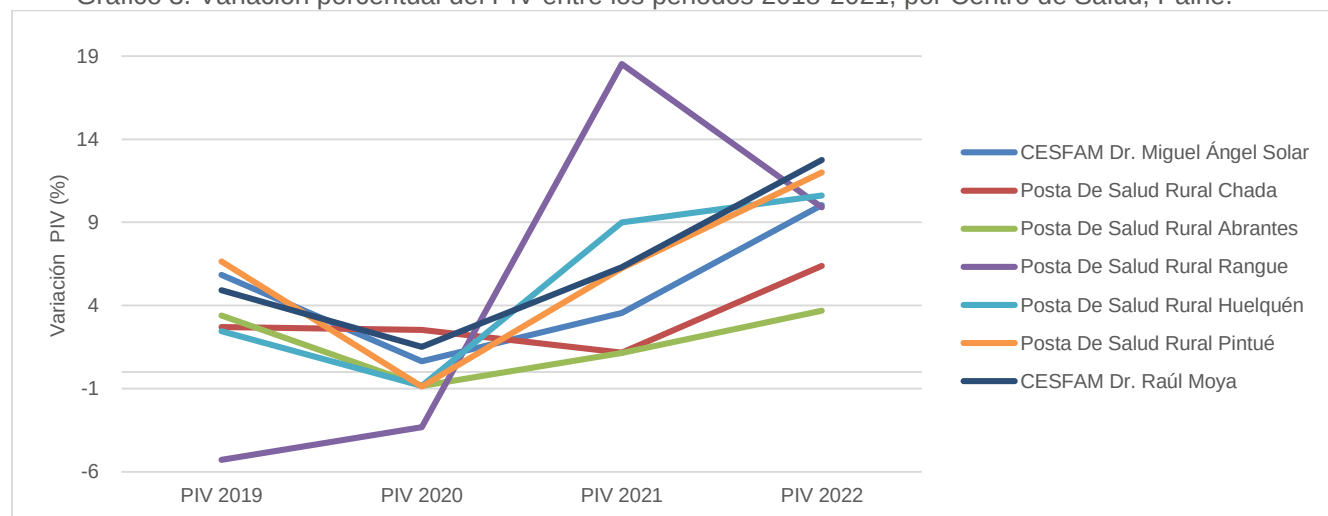
Tabla 1g PSR Pintué

Grupo etario	Masculino	Femenino
0 a 4	59	50
5 a 9	77	86
10 a 14	82	101
15 a 19	75	66
20 a 24	90	75
25 a 29	76	90
30 a 34	79	93
35 a 39	63	90
40 a 44	52	83
45 a 49	51	81
50 a 54	67	94
55 a 59	93	89
60 a 64	76	82
65 a 69	69	64
70 a 74	63	49
75 a 79	29	39
80 y más	37	49

Fuente: Per Cápita de FONASA.

Respecto a la variación de la PIV, para el periodo 2022 los centros de Salud CESFAM Dr. Miguel Solar, PSR Huelquén, PSR Pintué y CESFAM Raúl Moya presentan variaciones superiores al 10%. No obstante, cabe destacar el incremento significativo que tuvo la PSR Rangue en los dos últimos periodos, con una variación porcentual acumulada de 28,4% (Gráfico 3).

Gráfico 3. Variación porcentual del PIV entre los periodos 2018-2021, por Centro de Salud, Paine.



Fuente: Per Cápita de FONASA.

Tabla 2. Tasas de hombres y mujeres ajustadas por edad, por centro de salud. Paine 2022.

Grupo etario	Miguel solar		Raúl Moya		Abrantes		Chada		Huelquén		Rangue		Pintué	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0 a 4	93,9	89,1	18,6	18,4	3,9	3,6	3,4	4,6	16,6	15,0	1,6	2,0	5,0	4,1
5 a 9	120,5	112,5	28,5	31,3	6,2	6,9	4,8	5,3	21,2	19,7	4,6	3,6	6,5	7,6
10 a 14	135,7	128,8	35,0	34,3	7,1	6,9	6,0	6,9	23,7	21,3	4,0	3,3	7,0	8,4
15 a 19	110,7	111,0	29,6	31,9	8,3	6,2	4,7	4,6	19,4	21,9	3,5	4,0	6,1	5,7
20 a 24	101,9	110,5	31,2	28,2	5,2	7,1	4,0	4,7	18,7	17,9	3,9	2,7	6,2	5,5
25 a 29	97,7	113,7	30,3	32,3	5,2	6,5	4,8	4,5	22,7	21,2	2,4	3,0	5,2	6,1
30 a 34	113,2	136,3	35,9	37,3	6,4	6,4	4,2	6,0	24,0	24,0	2,5	3,4	6,1	7,2
35 a 39	112,5	120,6	39,2	34,9	6,2	7,0	5,3	4,2	21,0	21,8	2,6	2,7	5,2	7,3
40 a 44	105,5	114,5	39,6	34,3	7,2	8,4	5,9	5,8	22,8	22,2	3,0	4,5	4,4	7,1
45 a 49	106,0	104,7	38,3	35,8	8,8	8,5	5,1	5,8	23,3	20,6	2,9	3,9	4,5	7,2
50 a 54	104,1	103,7	36,6	35,9	6,8	8,2	5,9	5,1	22,3	22,2	3,0	2,8	6,1	7,4
55 a 59	105,0	114,8	45,0	42,6	9,3	8,5	6,8	6,0	24,9	25,2	3,1	3,8	8,7	8,9
60 a 64	113,6	112,2	39,1	39,4	11,8	10,7	7,1	5,9	30,7	23,3	3,3	3,2	8,5	9,9
65 a 69	101,8	112,9	38,3	43,8	11,3	13,2	6,7	5,7	23,6	22,5	4,9	4,1	9,6	9,2
70 a 74	91,9	103,5	46,5	41,5	9,1	10,9	7,9	6,2	24,8	22,7	3,1	4,5	12,6	9,9
75 a 79	94,1	91,3	39,3	40,4	11,6	12,9	8,3	8,5	33,6	23,1	3,9	3,3	7,4	10,5
80 y más	60,3	110,2	35,1	35,9	7,6	9,1	4,2	4,9	20,0	24,9	2,3	2,8	7,6	9,8

Fuente: elaboración propia a partir de PIV 2022 y población Chilena Censo 2017, INE. Tasa Ajustada x 100.000 habitantes

Estadísticas vitales

En cuanto a las estadísticas vitales de la comuna, estas expresan los nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en la comuna de Paine, con el fin de conocer la caracterización sociodemográfica de nuestra comuna. En la Tabla 3 se observa la distribución para el año 2017 y 2018.

Tabla 3. Nacidos vivos, matrimonios, acuerdo de unión civil, defunciones: generales, menores de un año y fetales, Paine 2017-2018

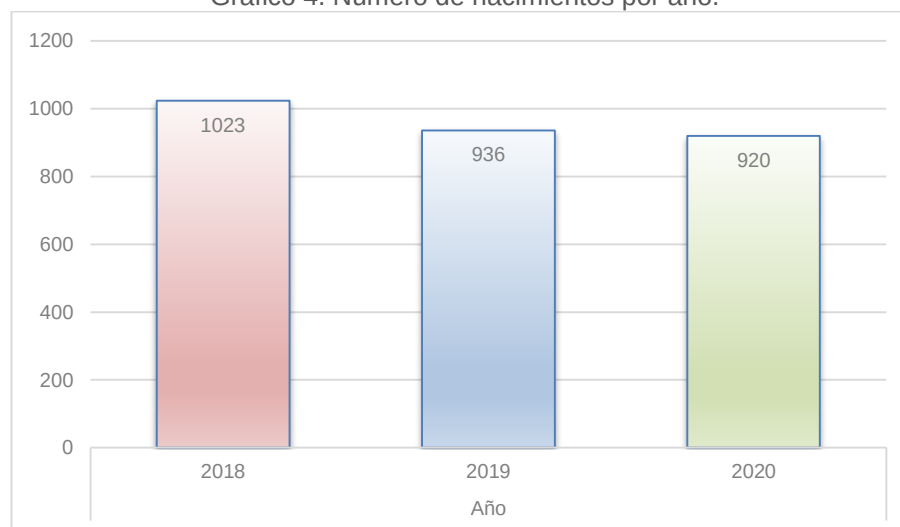
AÑO	NACIDOS VIVOS	MATRIMONIOS	ACUERDO UNIÓN CIVIL	DEFUNCIONES			
				Generales	Menores de 1 año		
					Def Menor a 28 días	Def 28 días y más	Fetales
2017	927	214	21	328	4	1	11
2018	1022	244	17	318	6	2	7

Fuente: Anuario de estadísticas vitales INE, 2017 y 2018.

Natalidad

En la tabla 4 se muestra la tasa bruta de natalidad de la comuna de Paine. En relación a lo anterior, tanto 2017 y 2018 Paine presentó mayores tasas respecto al país. Además, el 2018 la tasa bruta de natalidad supera a la región metropolitana.

Gráfico 4. Número de nacimientos por año.



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estadísticas vitales DEIS.

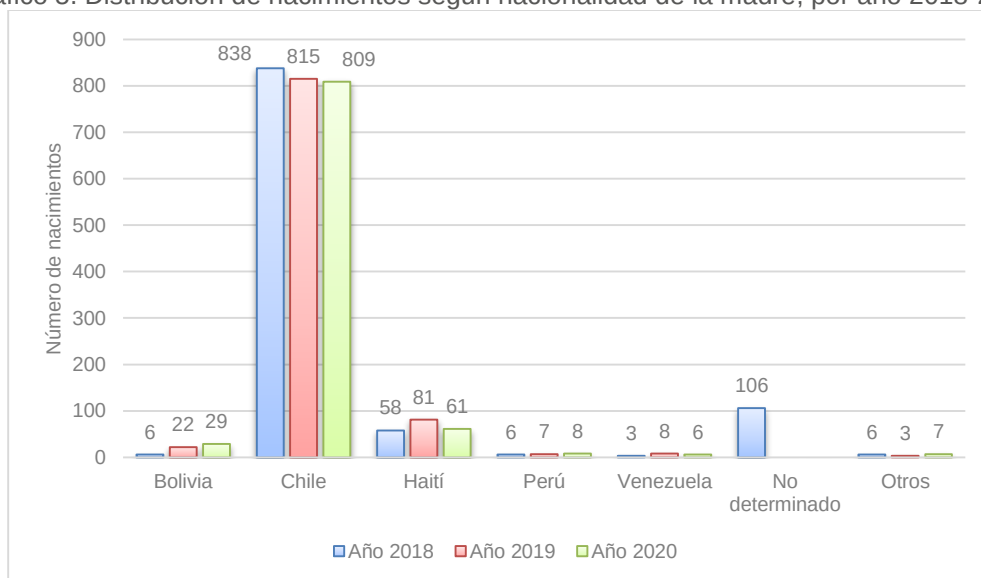
Tabla 4. Tasa bruta de natalidad. Paine 2017-2019

Año	Chile (x 1000 hab)	Región metropolitana (x 1000 hab)	Paine (x 1000 hab)
2017	11,9	12,4	12,1
2018	11,8	12,5	13
2019	*	*	11,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en base a estadísticas vitales y estimaciones de población.*No se cuenta con esta información.

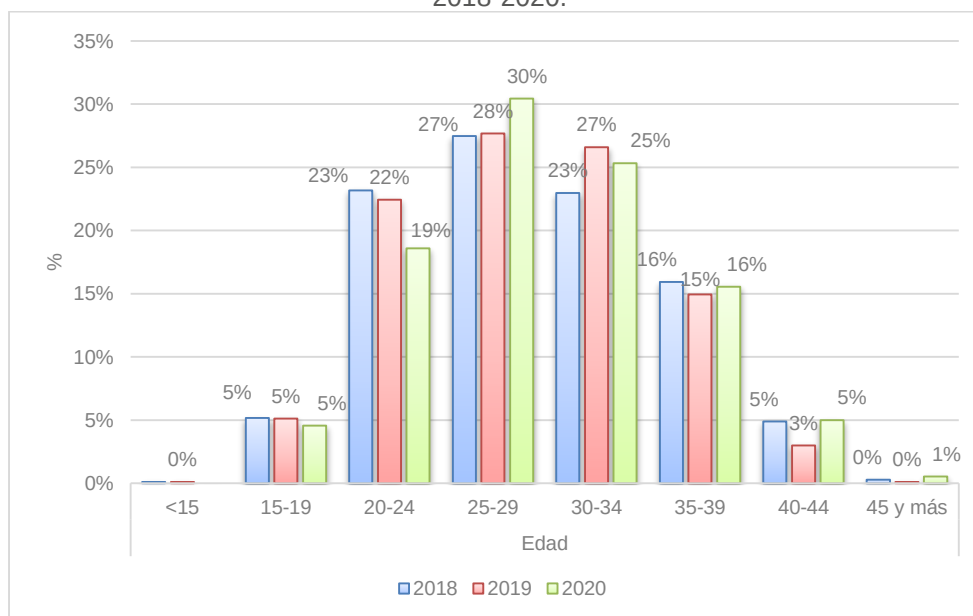
Si bien es importante conocer la tasa de natalidad local y su relación con la región y el país, se hace necesario caracterizar el contexto de la población. De tal forma, a continuación se presenta la distribución de nacimientos según la nacionalidad de la Madre (Gráfico 5) y la distribución porcentual de nacimientos por grupo etario de la madre (Gráfico 6). En este último, se constata que el 74% de ellos se concentra en el tramo 20 a 34 años, similar a la tendencia nacional.

Gráfico 5. Distribución de nacimientos según nacionalidad de la madre, por año 2018-2020.



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estadísticas vitales DEIS.

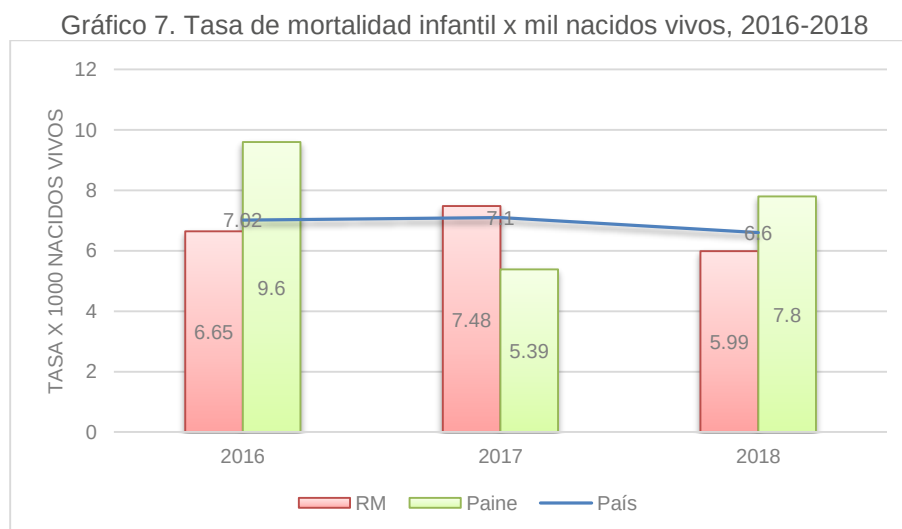
Gráfico 6. Distribución porcentual de nacimientos según grupo etario de la madre, por año 2018-2020.



Fuente: Elaboración propia, a partir de base de datos de estadísticas vitales DEIS.

Mortalidad

La transición demográfica que ha vivido el país ha permitido que la población pueda vivir por tiempos más prolongados, superando los 80 años. El poder establecer las causas más frecuentes de mortalidad y el comportamiento asociado a los grupos etarios permite determinar y relevar ciertos problemas de salud para el diseño de políticas públicas pertinentes, eficientes y eficaces. Respecto a la mortalidad infantil, en el gráfico 7 es posible apreciar las tasas de mortalidad infantil entre 2016-2018 tanto a nivel país, regional y comunal.

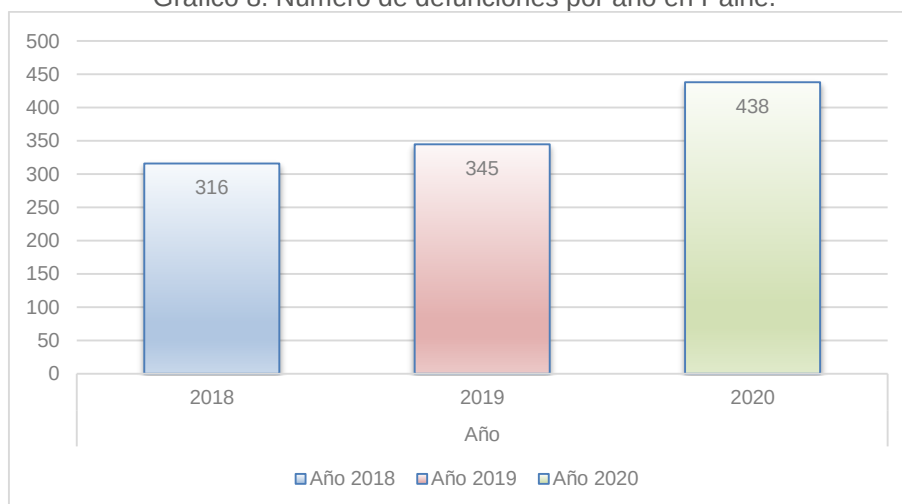


Fuente: Elaboración propia a partir de Anuarios de estadísticas vitales 2016 al 2018.

Durante los años 2016 y 2018, Paine ha presentado tasas de mortalidad infantil superiores a nivel nacional o regional. Desde este punto de vista, si analizamos el riesgo atribuible comunal (RA), que corresponde a la proporción de mortalidad relacionadas con determinantes sociales que impactan en la salud de las personas, en comparación con la comuna de Chile con menor índice de pobreza 2016 y 2018, obtenemos como resultado un RA de 3,9 muertes de menores de 1 año por 1000 nacidos vivos potencialmente evitables en Paine si las condiciones de la comuna de Paine se asemejaran a la de menor índice de pobreza, durante el 2016 y un RA de 5,31 durante el 2018

En el Gráfico 8 se expresa el número de defunciones por año entre 2018-2020, observando el incremento significativo de las defunciones durante el 2020, en comparación con los años anteriores, asociado a la Pandemia por Covid-19.

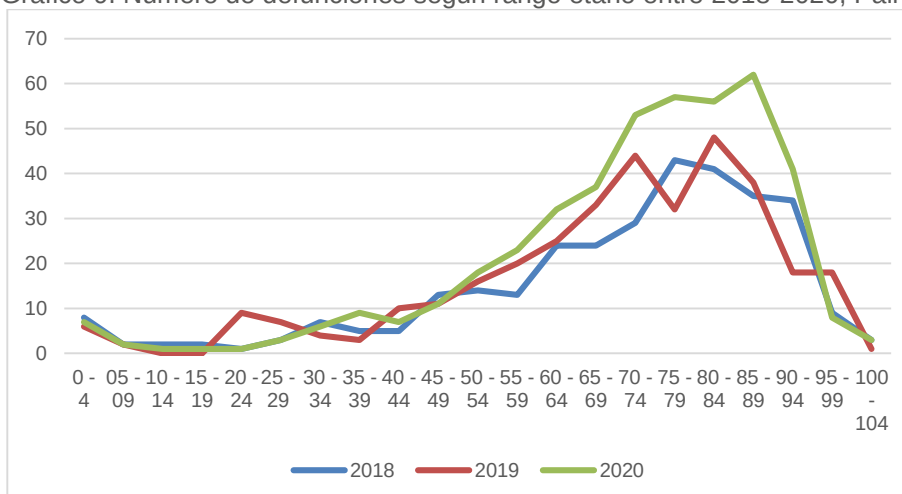
Gráfico 8. Número de defunciones por año en Paine.



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.

Respecto a la distribución de la mortalidad por rango etario entre el 2018-2020, se aprecia que la población entre los 70 y 94 años presentó una mayor mortalidad durante el año 2020 en comparación con los años anteriores, motivo también asociado a la Pandemia por Covid-19 (Gráfico 9).

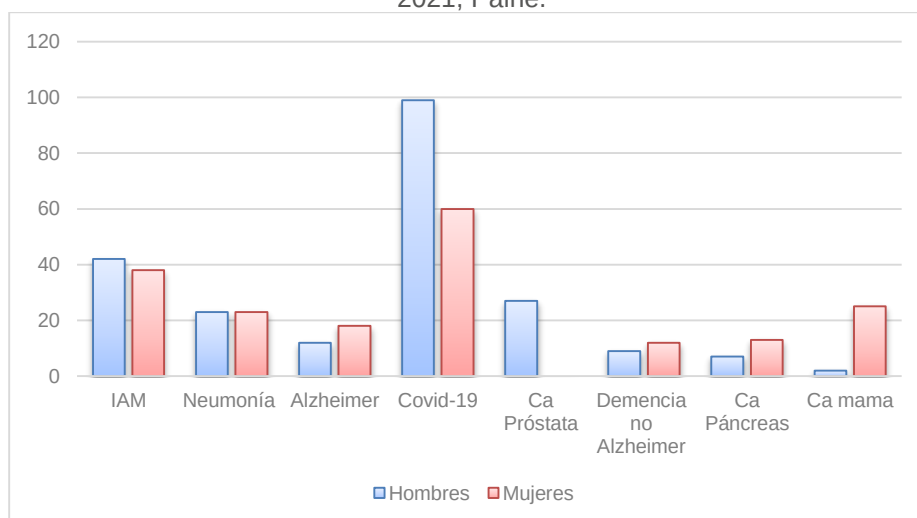
Gráfico 9. Número de defunciones según rango etario entre 2018-2020, Paine.



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.

En el Gráfico 9 es posible observar las 9 causas de defunciones más frecuentes entre el periodo 2018 y agosto 2021. Se destaca que los hombres de Paine presentaron en el 2021, 1.9 veces más riesgo de morir por Covid-19 en comparación a las mujeres de Paine (OR=1,93).

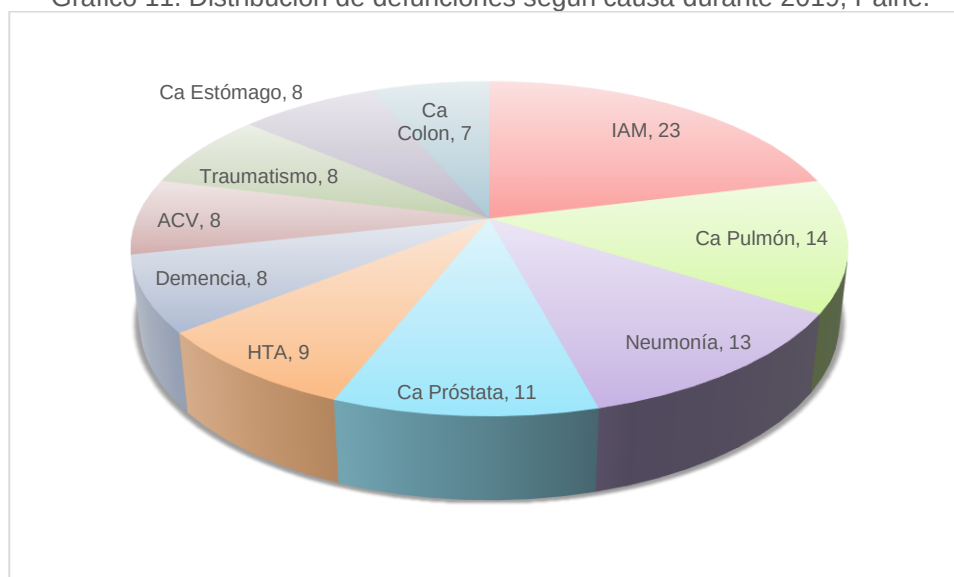
Gráfico 10. Número de defunciones según sexo y causa de defunción entre 2018 y agosto 2021, Paine.



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.

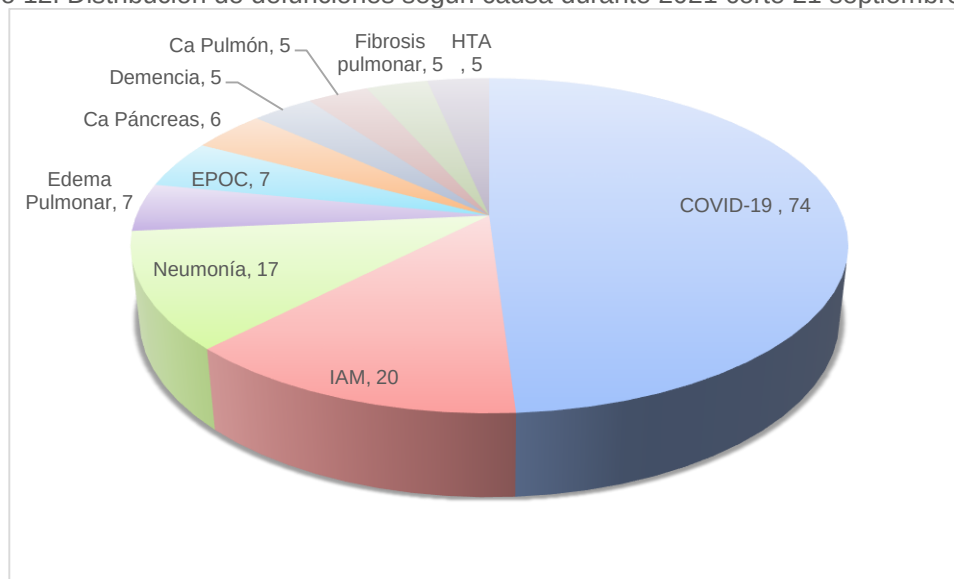
Durante el 2021, con corte al 31 de agosto 2021, la principal causa de mortalidad es por Covid-19, siguiendo la tendencia nacional (gráfico 12). En el caso de la Neumonía no especificado, la mortalidad está agrupada en población adulta y personas mayores.

Gráfico 11. Distribución de defunciones según causa durante 2019, Paine.



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.

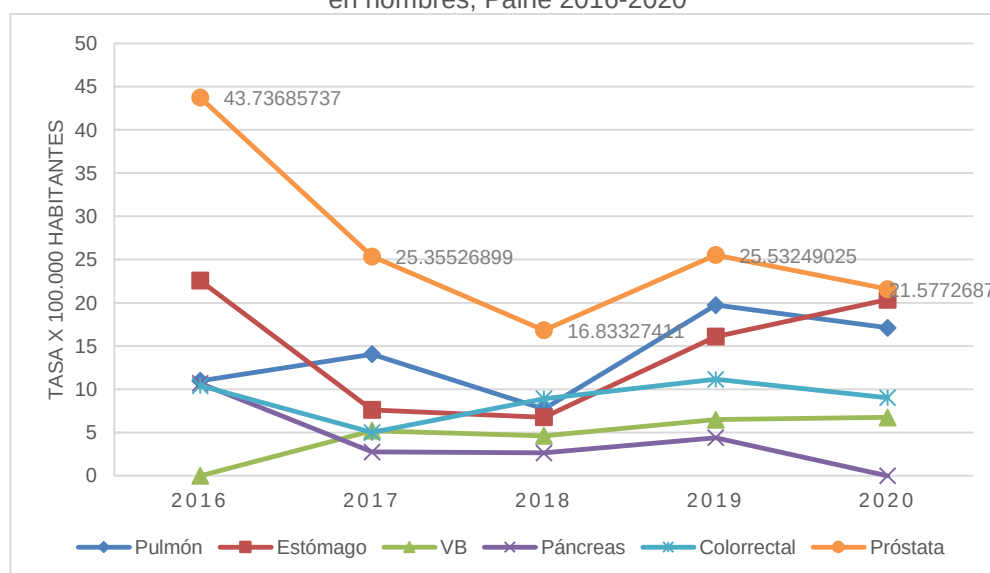
Gráfico 12. Distribución de defunciones según causa durante 2021 corte 21 septiembre, Paine.



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.

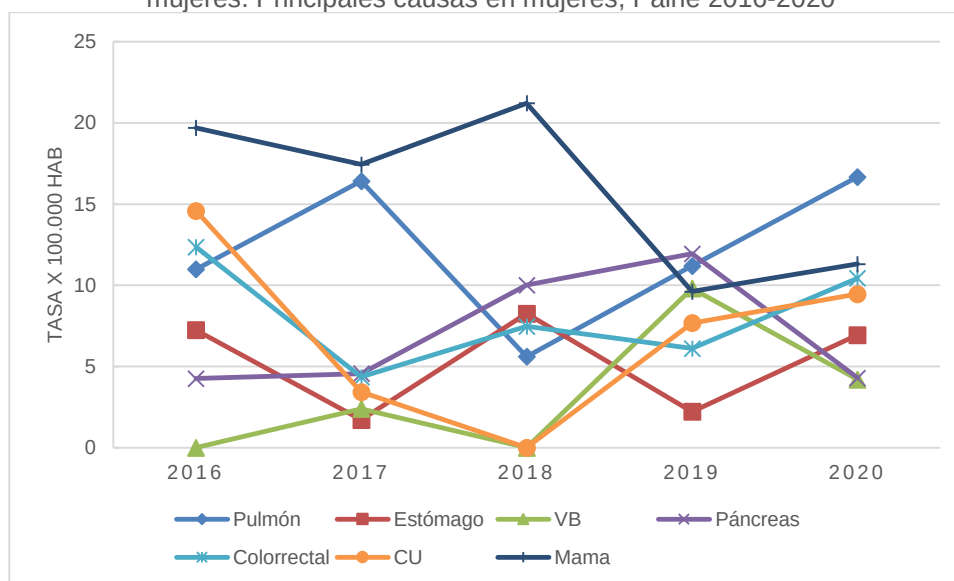
Acápíte especial es la mortalidad atribuible al cáncer. En Chile, corresponde al 26% de las causas de muertes y se espera que para el 2030 sea la principal causa de muerte. En Paine, el cáncer de Próstata durante el 2019-2020 fue la principal causa de muerte. Respecto al cáncer de pulmón existe un incremento de la tasa bruta de mortalidad, pese a la disminución de población con hábito tabáquico auto reportado en la ENS 2016-2017. En el cáncer de mama se evidencia una disminución importante de la mortalidad durante el periodo 2019-2020. Desde el 2017 existe un incremento sostenido de la tasa bruta de mortalidad por cáncer de estómago.

Gráfico 13. Tasa de mortalidad por cáncer estandarizada por edad y sexo. Principales causas en hombres, Paine 2016-2020



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS.
Ajustada por Población estándar mundial OMS.

Gráfico 14. Tasa de mortalidad por cáncer estandarizada por edad y sexo por cada 100.00 mujeres. Principales causas en mujeres, Paine 2016-2020



Fuente: Elaboración propia, a partir de defunciones diarias según fecha de defunción, DEIS. Ajustada por Población estándar mundial OMS.

Determinantes sociales de salud

Se entienden como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. En este sentido, la posición social juega un rol fundamental puesto que se entiende como un constructo que considera el ingreso, educación, ocupación, género, pertenencia étnica. Todo lo anterior es mediado por determinantes proximales tales como las circunstancias materiales, cohesión social, conducta humana, herencia genética y la organización de los sistemas de salud. La vinculación de todos estos aspectos permite observar e intervenir con un enfoque de salud pública en los múltiples niveles de organización y las complejas interacciones multicausales observadas en la comunidad.



Imagen 1. Esquema ilustrativo de la organización de los determinantes sociales de salud.

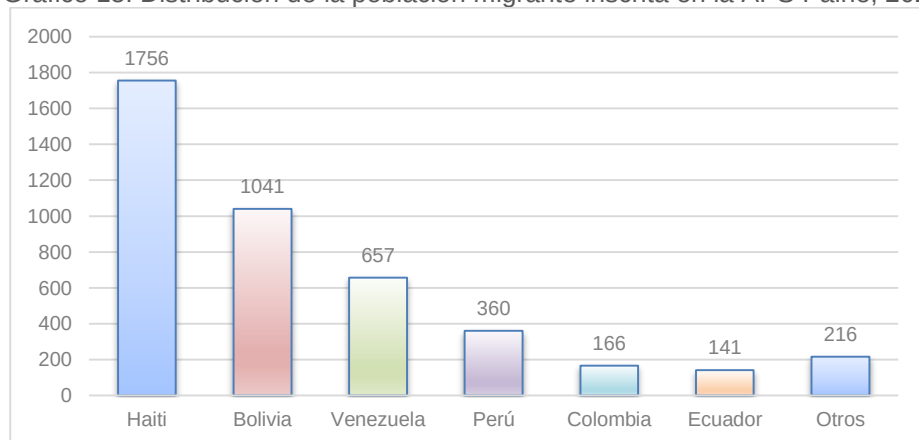
A continuación se abordan diferentes aspectos relevantes en el marco de los determinantes sociales de salud.

Migración

La migración es un proceso dinámico y cambiante que incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, socioeconómico, político, ambiental y estructural. Un fenómeno particular es la Migración Sur/Sur, que considera la migración entre países de bajos ingresos y países de ingresos medios, muy común en Latinoamérica. Este proceso, asociado a contextos heterogéneos, diferentes factores de desarrollo económico y social, hace que este determinante social sea un foco potencial de inequidad en salud. La población migrante inscrita en la atención Primaria de Paine representa el 6,6% de la población Inscrita, con predominio en personas provenientes de Haití, Bolivia, Venezuela, Perú, Colombia y Ecuador por orden decreciente (Gráfico 15).

En relación a la distribución por centros de salud, en el CESFAM Miguel Solar se concentra el 81% de la población de Haití, el 98% de la población de Bolivia, el 80% de la población de Ecuador y el 71% de la población de Perú. En el caso de la población proveniente de Venezuela, el 60% se encuentra en CESFAM Miguel Solar y un 25% en PSR Huelquén. Por último, en la PSR Chada, la población proveniente de Haití constituye el 53% de la población migrante.

Gráfico 15. Distribución de la población migrante inscrita en la APS Paine, 2021

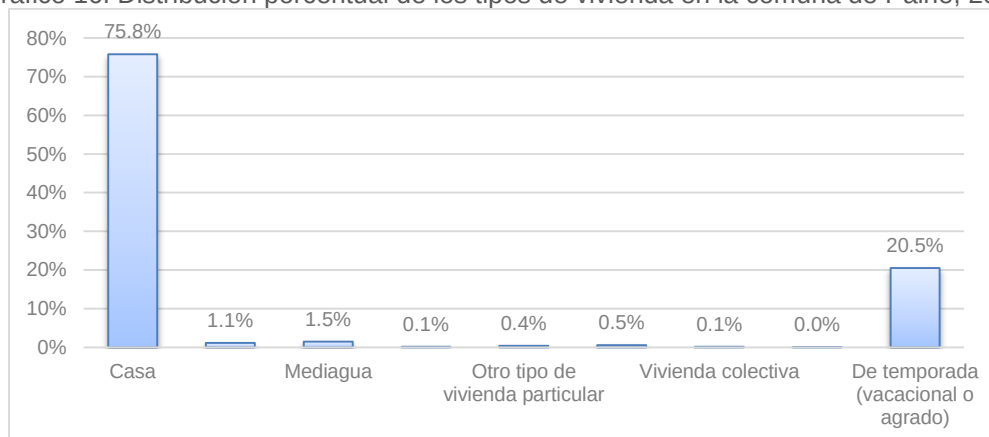


Fuente: Elaboración propia, a partir de Informe IRIS.

Vivienda y Hogar

A partir de la información disponible en el CENSO 2017, se identificaron 24.431 viviendas en la comuna (ver gráfico 16), de ellas el 59.4% se ubican en zona urbana y el 40.5% en Zona Rural. Respecto a las características habitacionales, el 60% de las viviendas cuentan con acceso a la red pública de agua, 37% de las viviendas cuenta con una calidad en muro de albañilería y un 5.4% de las viviendas cuenta con piso de tierra, radier sin revestimiento o capa de cemento sobre tierra.

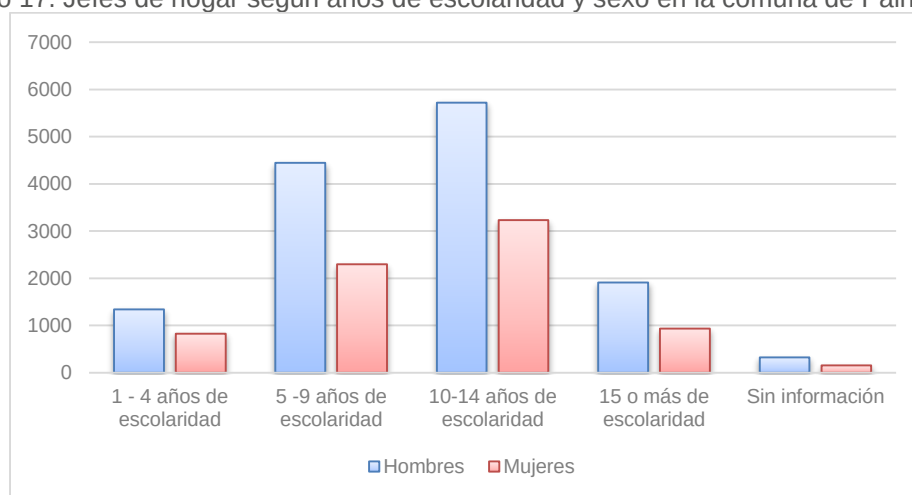
Gráfico 16. Distribución porcentual de los tipos de vivienda en la comuna de Paine, 2017.



Fuente: Elaboración propia, a partir de microdatos CENSO 2017.

Del total de jefes de Hogar (21.661), según el CENSO 2017, 35.2% son mujeres. Los años de escolaridad de los jefes de hogar se distribuyen según se observa en el gráfico 17, con una diferencia significativa entre hombres y mujeres, desde los 5 años de escolaridad, con una tendencia similar al País.

Gráfico 17. Jefes de hogar según años de escolaridad y sexo en la comuna de Paine, 2017.



Fuente: CENSO 2017.

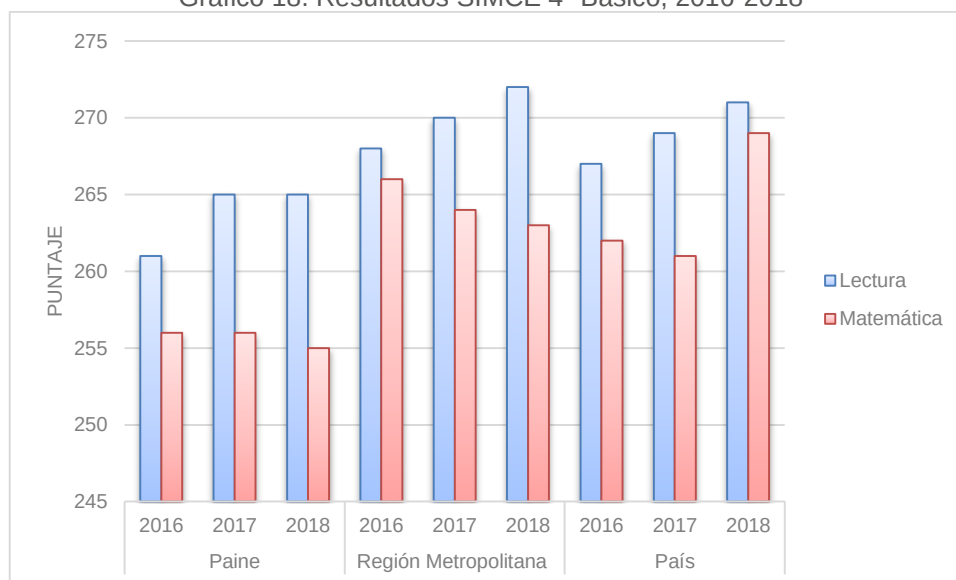
Educación

Al revisar los puntajes promedio de la prueba SIMCE de Cuarto Básico, en los tres últimos años, de las respectivas asignaturas evaluadas, se observa que la comuna de Paine se encuentra bajo el promedio regional y nacional en los puntajes de las pruebas de matemática y lenguaje¹

¹ Información disponible en:

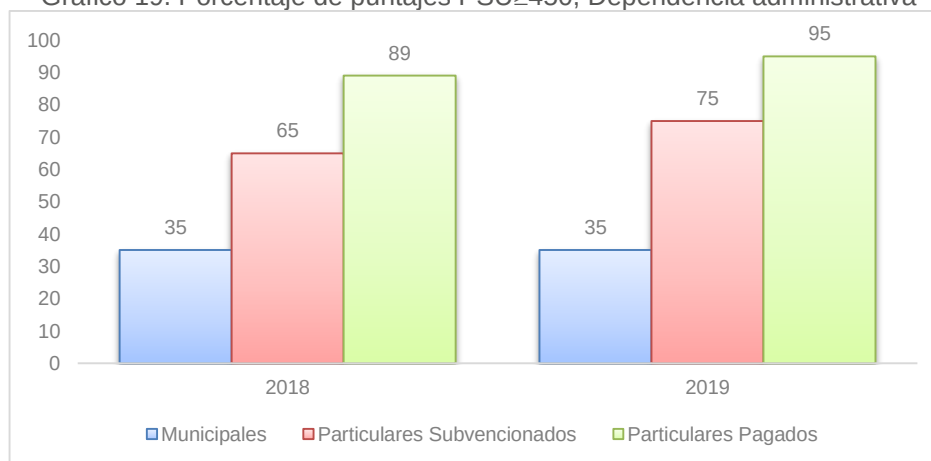
https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2020&idcom=13404

Gráfico 18. Resultados SIMCE 4º Básico, 2016-2018



Fuente: Agencia de calidad de la educación, MINEDUC

En relación a los resultados de la PSU. Al comparar los puntajes que obtienen los establecimientos municipales de la comuna de Paine en comparación a los particulares subvencionados y los particulares pagados, se aprecia que en el año 2019 los establecimientos municipales tuvieron un 35% de porcentajes PSU mayores o igual a 450, mientras que en los establecimientos particulares subvencionados y particulares pagados los puntajes mayores o iguales a 450 fueron de un 75% y 95% respectivamente.

Gráfico 19. Porcentaje de puntajes PSU ≥ 450 , Dependencia administrativa

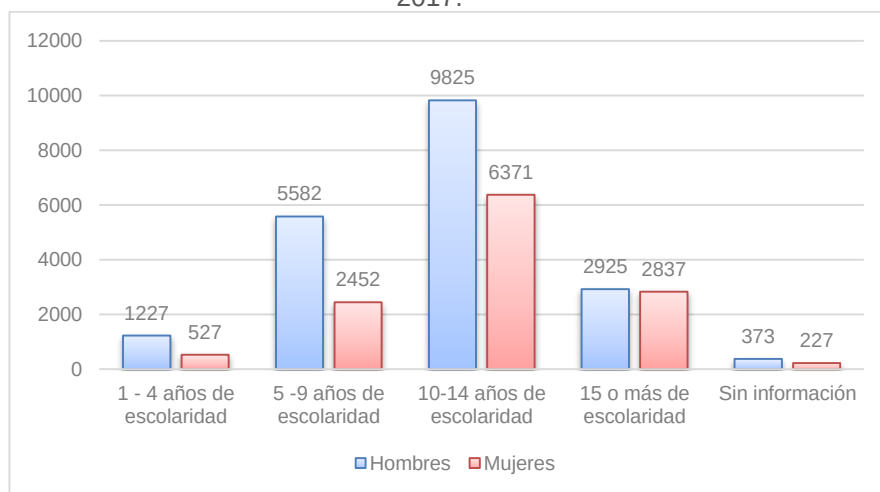
Fuente: Agencia de calidad de la educación, MINEDUC

Es necesario, por tanto, considerar el nivel educacional de los usuarios de los diferentes establecimientos de salud de la comuna de Paine al momento de programar y realizar las diferentes actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación infantil.

Trabajo

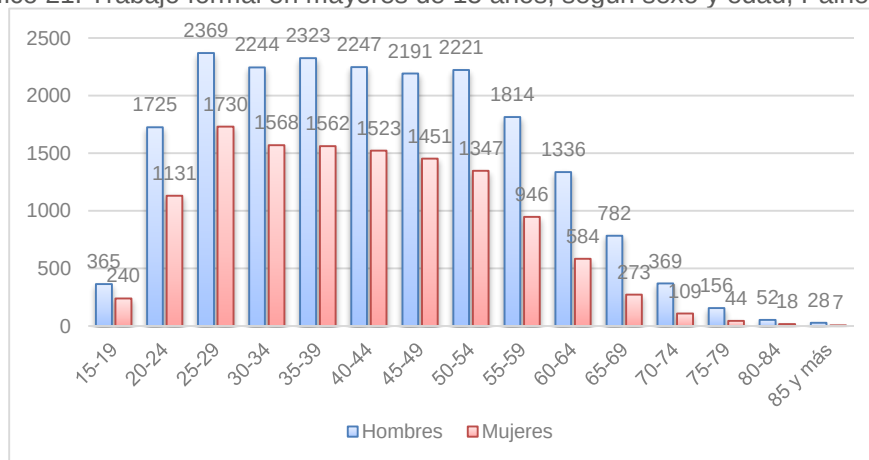
Según la caracterización obtenida en CENSO 2017, en Paine 32.755 personas sobre 15 años trabajan formalmente, con una fuerza de trabajo con predominio en los hombres, entre los 20 y 64 años, que se correlaciona con los años de estudio en la población mayor a 15 años con trabajo formal observados en el gráfico 21.

Gráfico 20. Trabajadores ≥ 15 años según años de escolaridad y sexo en la comuna de Paine, 2017.



Fuente: CENSO 2017.

Gráfico 21. Trabajo formal en mayores de 15 años, según sexo y edad, Paine 2017.

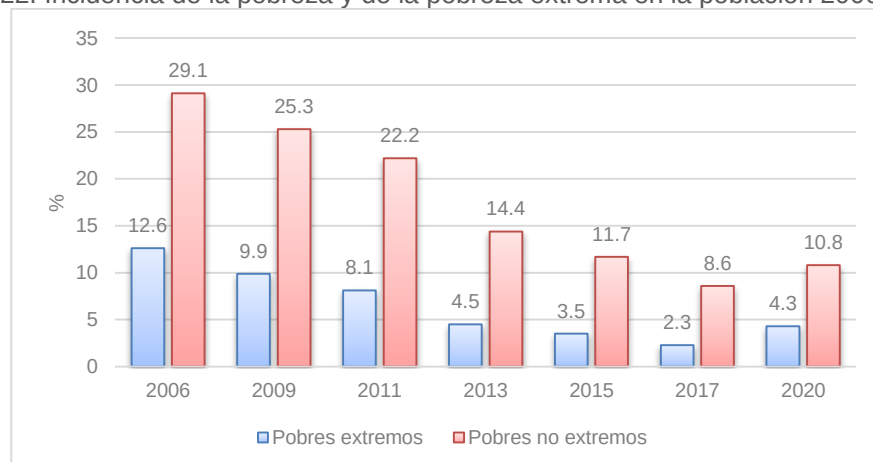


Fuente: CENSO 2017.

Caracterización de la Pobreza

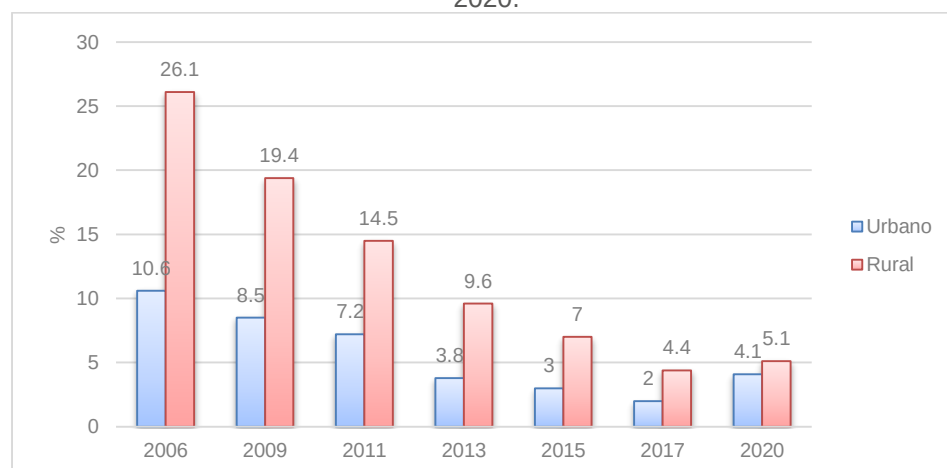
Según la encuesta CASEN en pandemia 2020, la tasa de pobreza total es de un 10.8%, presentando diferencias estadísticamente significativas para todas las encuestas CASEN previas exceptuando “pobres no extremos” en el periodo 2017-2020 (Gráfico 22).

Gráfico 22. Incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema en la población 2006-2020



Fuente: Ministerio de desarrollo social y familia, Encuesta Casen en Pandemia 2020.

Gráfico 23. Incidencia de la pobreza extrema en la población por zona rural y urbana 2006-2020.



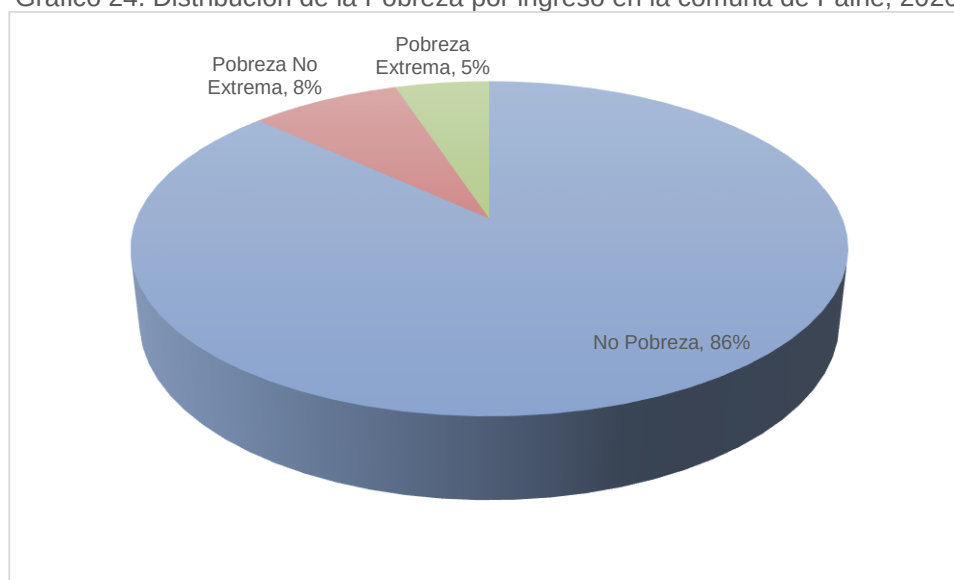
Fuente: Ministerio de desarrollo social y familia, Encuesta Casen en Pandemia 2020.

Al analizarse por área rural vs urbana, se observan diferencias estadísticamente significativas en la pobreza extrema (Gráfico 23).

A partir de la base de datos de la encuesta CASEN 2020, se realiza una estimación de la pobreza por ingreso en la Comuna de Paine que permitió caracterizar la proporción de la pobreza, tal como se ve en el Gráfico 24. Esta caracterización responde a las líneas de Pobreza y pobreza extrema calculadas por el Ministerio de Desarrollo Social².

² Medición de los ingresos y la pobreza en Chile, encuesta casen en pandemia 2020. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Medicion_de_la_pobreza_en_Chile_2020.pdf

Gráfico 24. Distribución de la Pobreza por ingreso en la comuna de Paine, 2020.



Fuente: Elaboración Propia a partir de Base de datos CASEN 2020.

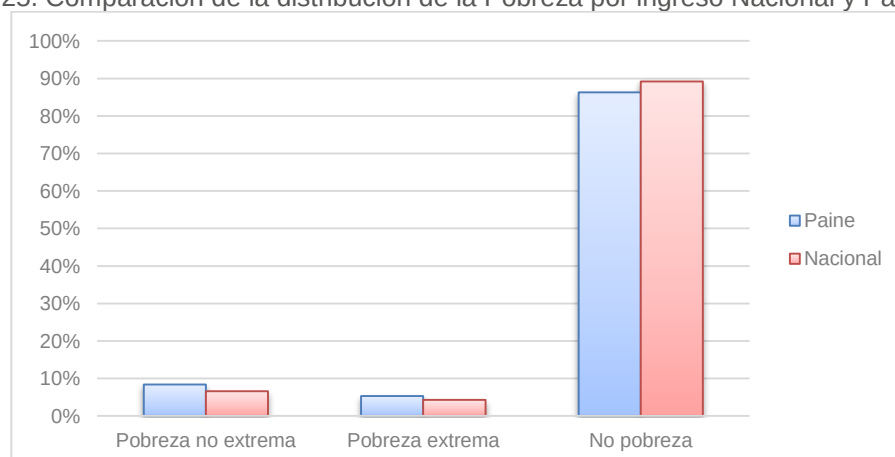
Si se compara la Pobreza por ingreso en Paine con la Pobreza por ingreso a nivel nacional, es posible visualizar en la tabla 5, con un intervalo de confianza del 95%, que existen diferencias estadísticamente significativas en la Pobreza no extrema ($p < 0,05$). En el caso de la pobreza extrema existen diferencias no estadísticamente significativas entre el país y Paine.

Tabla 5. Comparación de la distribución de la Pobreza por ingreso Nacional y Paine, 2020.

Tipo de pobreza por ingreso	Nacional (IC 95%)	Paine (IC 95%)
Pobreza extrema	4,2% (4-4,5)	5,2% (3,6-7,5)
Pobreza no extrema	6,5% (6,2-6,8)	8,4% (7,2-9,7)*
No pobreza	89,1% (88,7-89,6)	86,3% (82,8-89,1)

Fuente: Elaboración Propia a partir de Base de Datos CASEN 2020.

Gráfico 25. Comparación de la distribución de la Pobreza por ingreso Nacional y Paine, 2020.



Fuente: Elaboración Propia a partir de Base de datos CASEN 2020.

Enfoque de Género

El género es un factor determinante de inequidad en salud. Si bien, según indica la OMS, los hombres tienen una menor esperanza de vida y una mayor carga enfermedad que las mujeres, estas diferencias se asocian a normas sociales asociadas a la masculinidad hegemónica, tales como: hábito tabáquico, consumo de alcohol, drogas y otras. Por su lado, las mujeres sufren de inequidades en distintas dimensiones de la realidad social.

La influencia de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y en el control de los recursos asignados a la alimentación y el bienestar de los niños es un factor determinante de la salud relacionado con el género y que cobra importancia al observar que sólo el 35% de los jefes de hogar de la comuna son mujeres y con una tasa de mortalidad infantil de 7.8 muertes en menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos en la comuna durante el 2018. Lo anterior es consistente con el concepto de masculinidad hegemónica que posiciona a los hombres como sostenedores del hogar.

Se evidencia que los hombres jefes de hogar presentan un mayor número de años de escolaridad en comparación con las mujeres, con una tendencia similar en todos los tramos de escolaridad (ver gráfico 17). Además, según los datos del CENSO 2017, los hombres tienen una ocupación mayor en relación con las mujeres; esto significa que el acceso a ingresos provenientes del trabajo formal se encuentran garantizados fundamentalmente a los hombres. Sumado a lo anterior, los hombres estudian más, representando la mayor fuerza laboral según años de educación, salvo en el grupo de 15 años y más de escolaridad en donde es posible observar un equilibrio en la fuerza laboral (gráfico 20).

Otro aspecto relevante, es la diferencia en la exposición a factores de riesgo a causa de las normas sociales, como es el hábito tabáquico y el consumo de alcohol en los hombres, que se relaciona con un aumento de la mortalidad producto de las enfermedades no transmisibles.

En relación al Covid-19, en nuestra comuna se observó que los hombres tienen un 1.9 veces más riesgo de morir por este virus en comparación a la mujeres (OR= 1.9), consistente con la tendencia mundial.

Por último, al considerar la población inscrita validada con corte 31 de agosto 2021, la estratificación de riesgo de multimorbilidad y el género, existe una asociación estadísticamente significativa ($p=0.001$) entre ser mujer y tener riesgo de complicaciones de salud.



Red de Salud

Bajo la estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS), los centros de salud de la atención primaria de salud (APS) comunal se relacionan estrechamente con la oportunidad y continuidad de la atención, la pertinencia de la referencia y dar una respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios. En el sector urbano son:

- CESFAM Dr. Miguel Solar.
- SAPU Paine
- UAPO Paine.
- Unidad de Medicina Natural.
- CEAR (Centro de Especialización de Atención Respiratoria) Paine.

En el caso del sector rural, se organizan mediante 3 sectores de la siguiente manera:

- Sector Cordillera:
 - Posta de Salud Rural Huelquén
 - Posta de Salud Rural Chada
- Sector Hospital:
 - CESFAM Dr. Raúl Moya
- Sector Costa:
 - Posta de Salud Rural Abrantes
 - Posta de Salud Rural Pintué
 - Posta de Salud Rural Rangue

La APS de Paine se articula con el nivel secundario y terciario: Hospital Exequiel González Cortés, Hospital Lucio Córdova, Hospital San Luis de Buin y Paine, Hospital El Peral, Complejo Asistencial Barros Luco.



DIAGNÓSTICO SANITARIO

En el contexto de la actual pandemia de la enfermedad Covid-19 y considerando la estrategia RISS, la División de Atención Primaria (DIVAP) y la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) consideran 5 criterios transversales que orientan la planificación y programación. Sumado a lo anterior y considerando los aspectos Sociodemográfico, la carga enfermedad particular de la Comuna de Paine y su relación con los Determinantes sociales de salud, Se realiza el siguiente Diagnóstico Sanitario con enfoque de curso de vida.

Estratificación del riesgo

Bajo el modelo de Atención Integral de Salud, la estrategia de Multimorbilidad se basa en el cuidado de las personas con manifestaciones de procesos fisiológicos interconectados, en su entorno sociocultural. Su abordaje es mediante procesos de cuidados que pueden organizarse según el nivel de estratificación de riesgo de las personas, permitiendo focalizar acciones en aquellas con alto riesgo e identificar a la población sin riesgo para acciones preventivo promocionales.

Los objetivos de esta estrategia consideran que las personas enfermas se mantengan controladas y no desarrollen complicaciones, incentivando su involucramiento, autonomía para el manejo de sus condiciones crónicas y el apoyo desde los equipos de salud; que las personas con multimorbilidad sean atendidas de la manera más adecuada asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento; anticipar los cuidados sobre aquellos colectivos de personas que son más susceptibles de complicaciones, interviniendo sobre ellas tempranamente, el curso clínico puede evolucionar positivamente; mejorar la planificación y gestión de manera eficiente de los recursos, así como distribuir mejor los presupuestos o la financiación; y relacionar el riesgo con la periodicidad e intensidad de la atención, en coordinación entre los distintos niveles de atención.

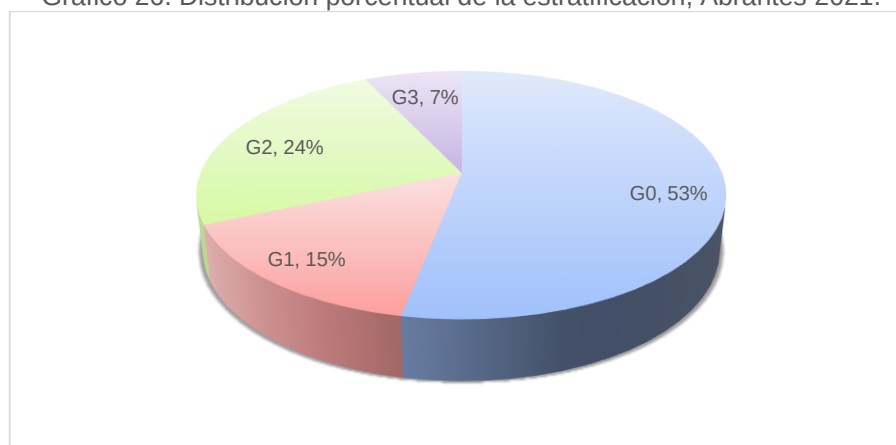
Imagen 2. Cuidado Integral centrado en la persona según riesgo.



Fuente: Adaptada de Pirámide de Káiser permanente de riesgos modificada.

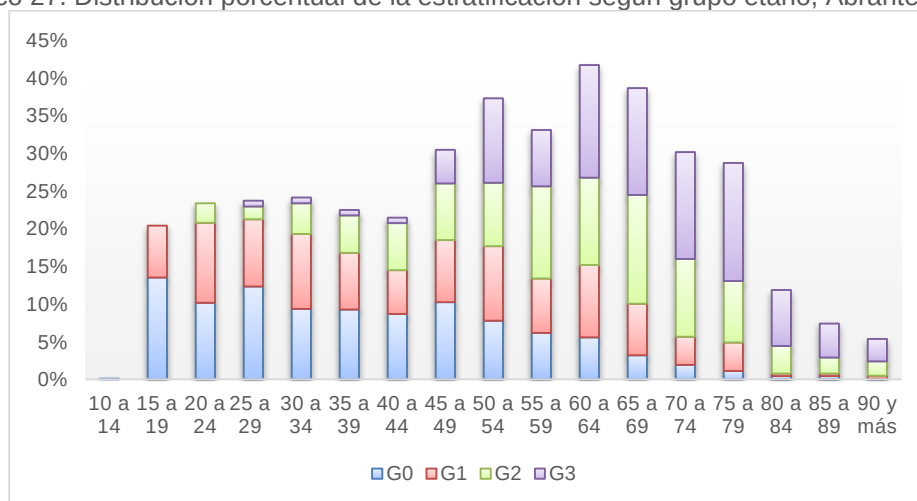
En Paine, la distribución de los diferentes niveles de riesgo es similar en todos los Centros de Salud. El 80% de los G0 se encuentra entre 15 y 49 años. En el caso de los G1, el 85% se encuentra entre 15 y 59 años. En el nivel de riesgo G2, el 84% tiene 35 o más años. Por último, en el nivel de riesgo G3 el 88% tiene 50 años o más. En las siguientes tablas se observa la distribución del riesgo según centro de salud, por grupo etario:

Gráfico 26. Distribución porcentual de la estratificación, Abrantes 2021.



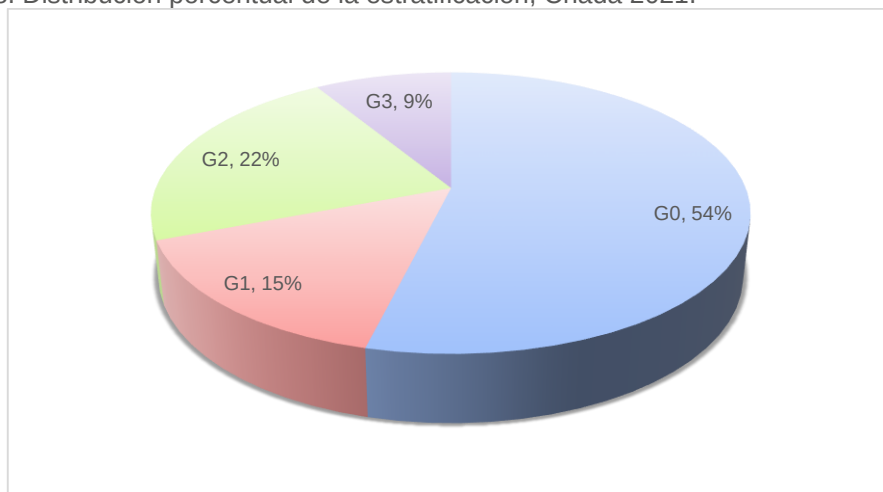
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 27. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Abrantes 2021.



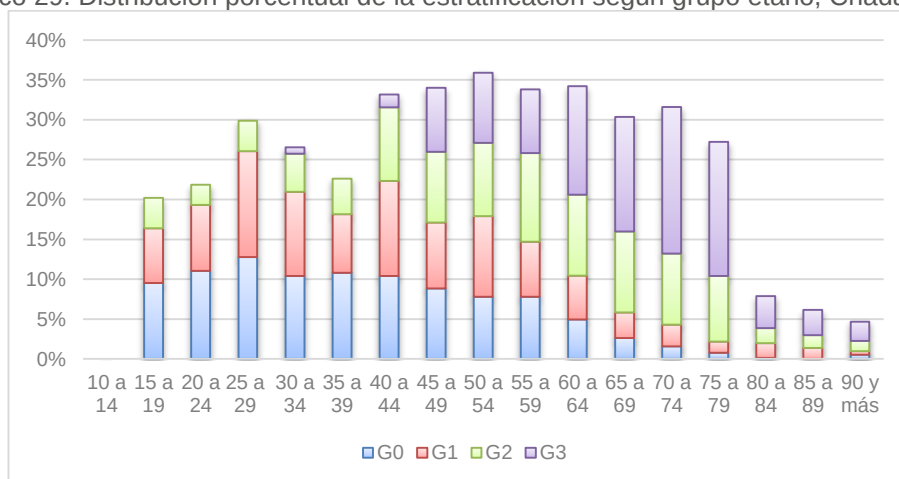
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 28. Distribución porcentual de la estratificación, Chada 2021.



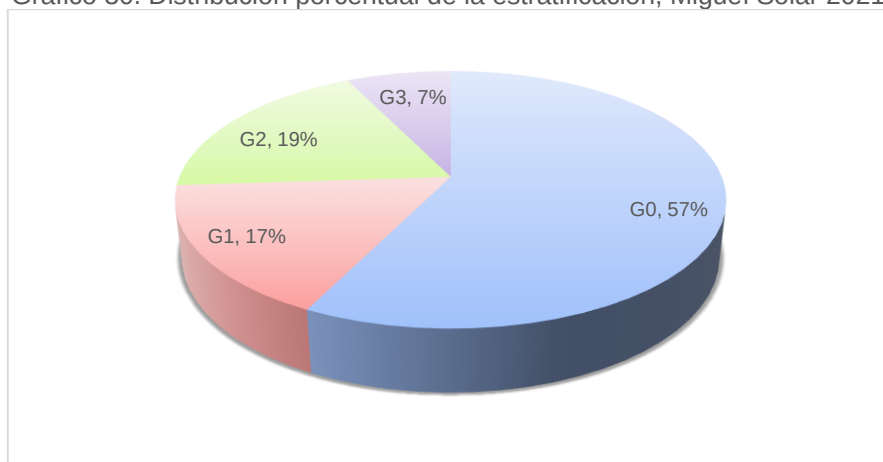
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 29. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Chada 2021.



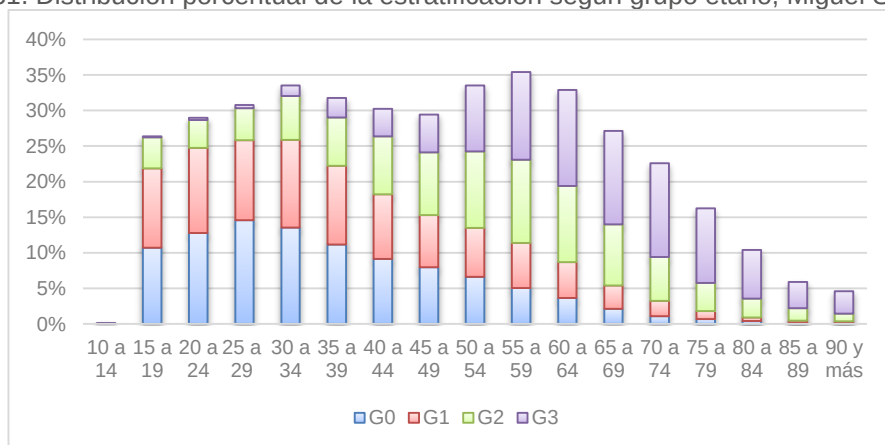
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 30. Distribución porcentual de la estratificación, Miguel Solar 2021.



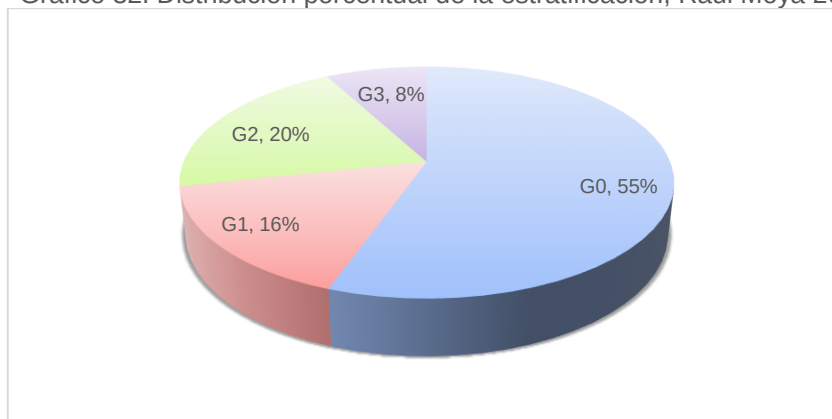
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 31. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Miguel Solar 2021.



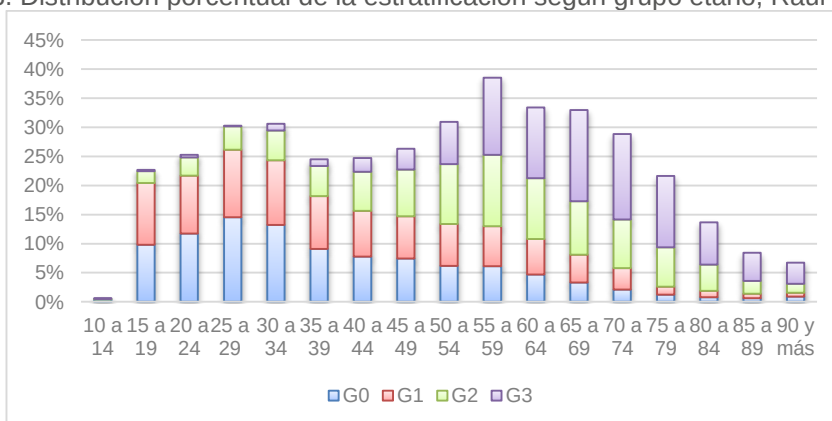
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 32. Distribución porcentual de la estratificación, Raúl Moya 2021.



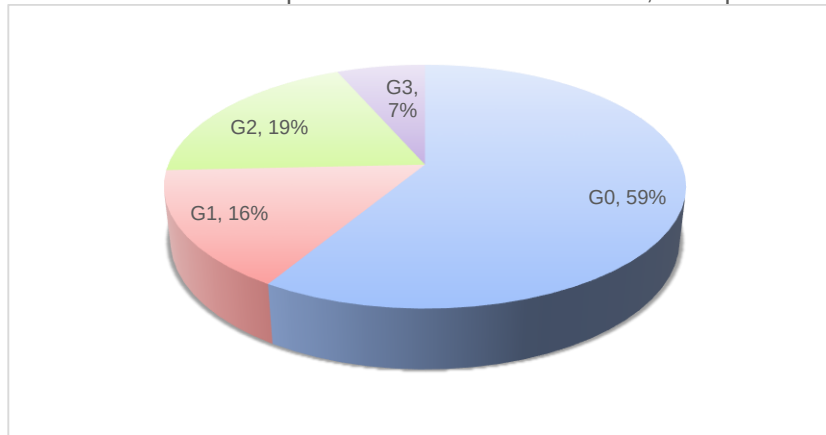
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 33. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Raúl Moya 2021.



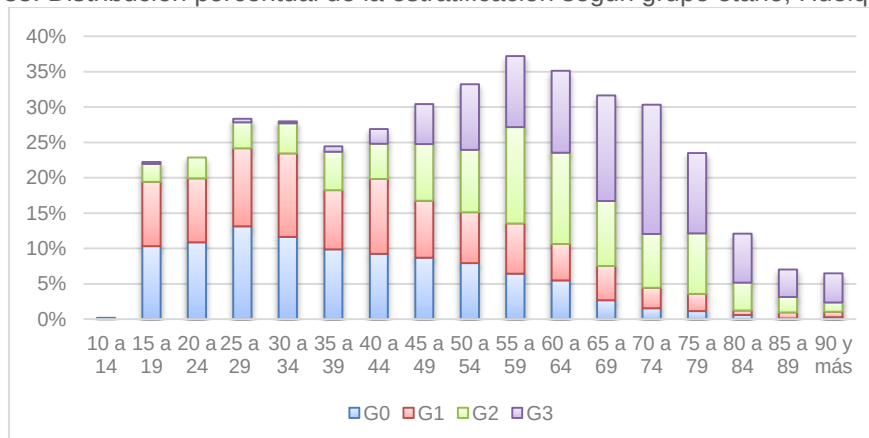
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 34. Distribución porcentual de la estratificación, Huelquén 2021.



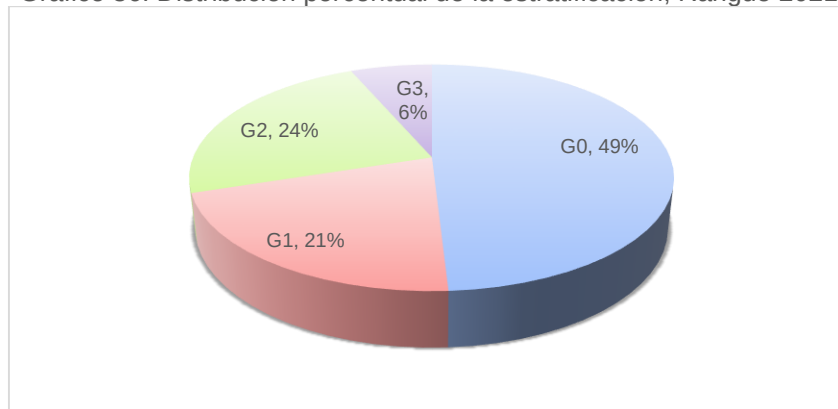
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 35. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Huelquén 2021.



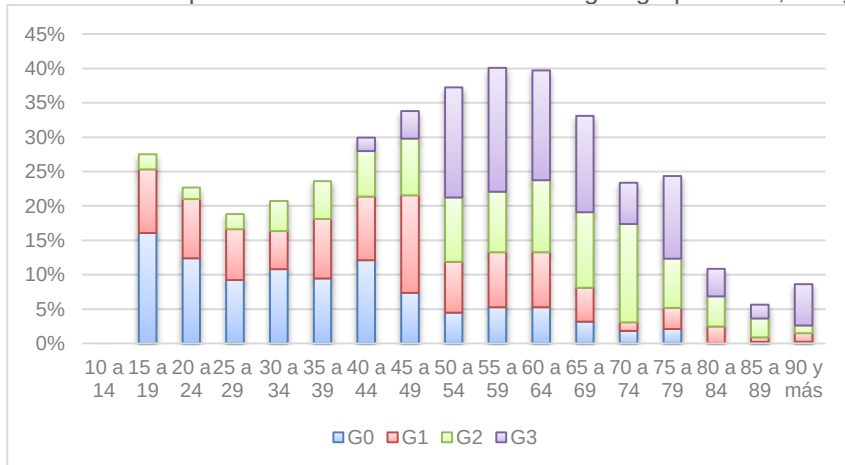
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 36. Distribución porcentual de la estratificación, Rangué 2021.



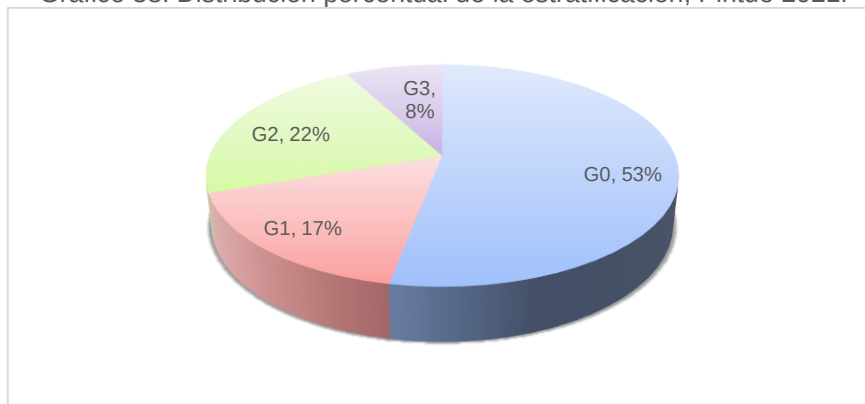
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 37. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Rangue 2021.



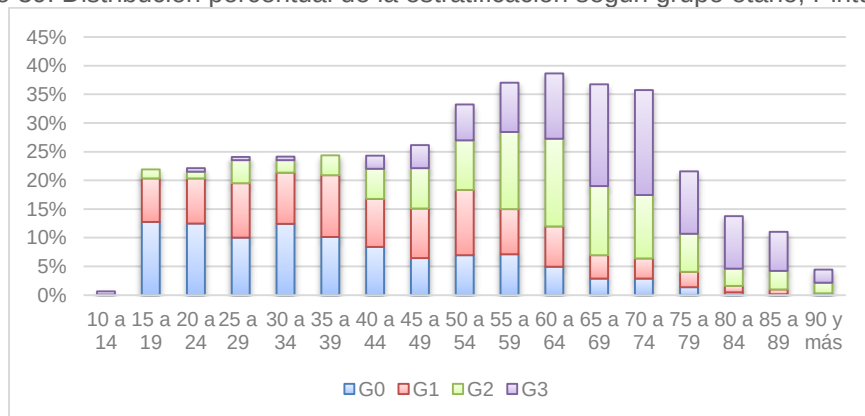
Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 38. Distribución porcentual de la estratificación, Pintué 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Gráfico 39. Distribución porcentual de la estratificación según grupo etario, Pintué 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte estratificación IRIS, 2021.

Enfoque de curso de vida

Se entiende como la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población.

Este enfoque permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a través de las generaciones. De tal manera, este diagnóstico sanitario con enfoque en curso de vida permitirá identificar los problemas de salud de forma dinámica y focalizar las acciones de salud para mejorar la salud y bienestar de la población de Paine.

Salud en la infancia

El Programa Infantil, tiene como propósito contribuir a la salud y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida (MINSAL 2021).

Características de la Población Infantil

La población bajo control (PBC) infantil corresponde a los usuarios entre 0 y 9 años que se atienden en los CESFAM o Postas de Salud Rural de la Comuna de Paine, dentro de esta población se encuentran los niños/as que están asistentes e inasistentes a sus controles de niño sano.

Al revisar la PBC registrada en los REM P02, desde diciembre de 2018 hasta junio de 2021, y compararla con la PIV de estos mismos años se identifica que existe PBC infantil atendándose en los establecimientos sin estar debidamente inscritos en ellos (Validados por FONASA). Esto se observa mayormente en la Posta de Rangue.

Tabla 6. Población Inscrita validada y Población bajo control según centro de salud de Paine, Dic 2018-Junio 2021.

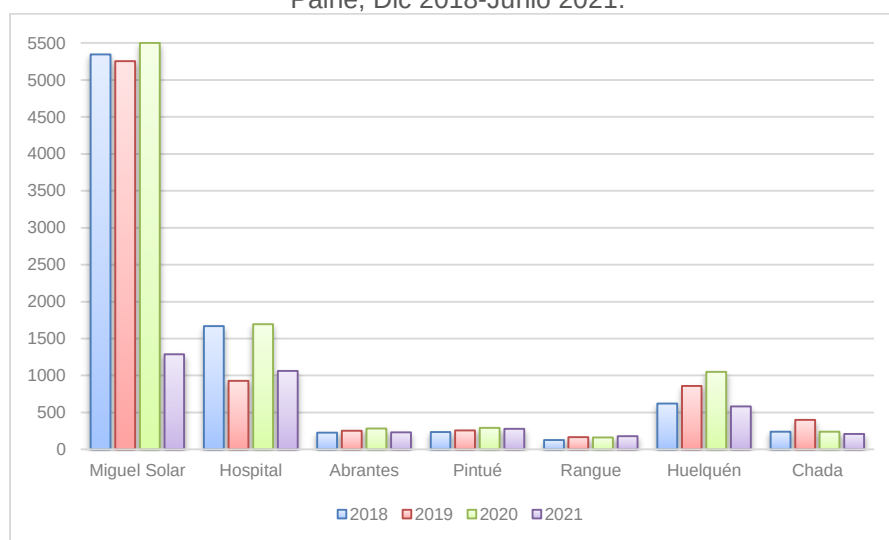
<i>Establecimiento</i>	<i>Miguel solar</i>			
<i>Periodo</i>	2018	2019	2020	2021
<i>PIV</i>	4909	4909	5505	5159
<i>PBC</i>	5345	5254	5500	1287
<i>% Cobertura</i>	109	107	100	25

<i>Establecimiento</i>	<i>Raúl Moya</i>				<i>Abrantes</i>				<i>Pintué</i>			
<i>Periodo</i>	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
<i>PIV</i>	1240	1192	1308	1221	279	266	288	253	269	265	291	267
<i>PBC</i>	1668	930	1695	1062	229	254	282	233	235	258	292	279
<i>% Cobertura</i>	135	78	130	87	82	95	98	92	87	97	100	104

<i>Establecimiento</i>	<i>Rangue</i>				<i>Huelquén</i>				<i>Chada</i>			
<i>Periodo</i>	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
<i>PIV</i>	150	127	107	92	881	874	871	799	234	222	224	230
<i>PBC</i>	129	165	161	181	621	861	1049	582	242	399	240	208
<i>% Cobertura</i>	86	130	150	197	70	99	120	73	103	180	107	90

Fuente: REM P2 dic 2018- Junio 2021, Paine.

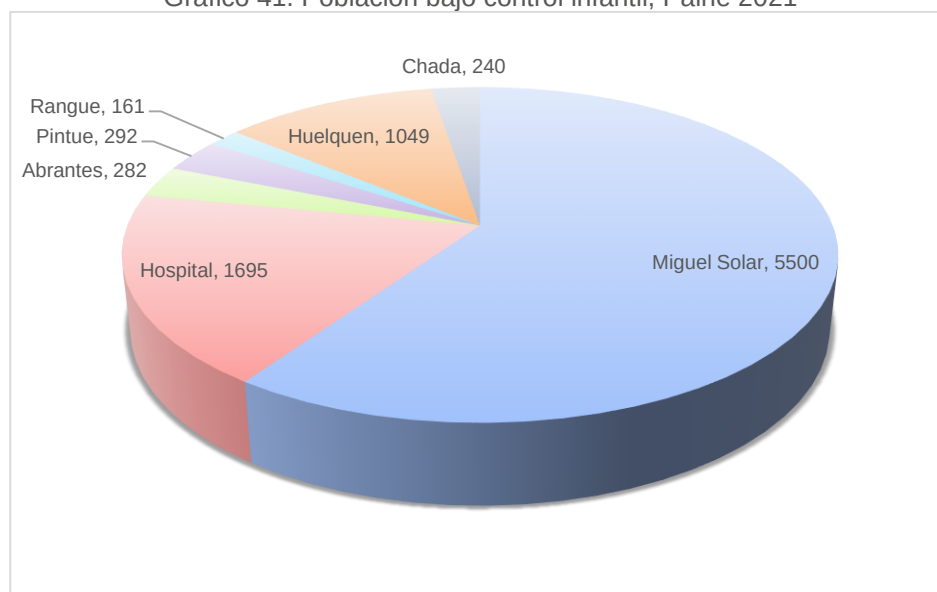
Gráfico 40. Distribución de Población bajo control Ciclo vital infancia según centro de salud de Paine, Dic 2018-Junio 2021.



Fuente: REM P2 dic 2018- Junio 2021, Paine.

Para el 2020, la PBC infantil de la comuna se distribuye de forma similar, según sexo. De un total de 9.219 niños y niñas, el 59,6% pertenece al CESFAM Dr. Miguel Solar y el 40,4% CESFAM Raúl Moya y PSR, como se observa en el gráfico 41.

Gráfico 41. Población bajo control infantil, Paine 2021



Fuente REM P2, Junio 2021.

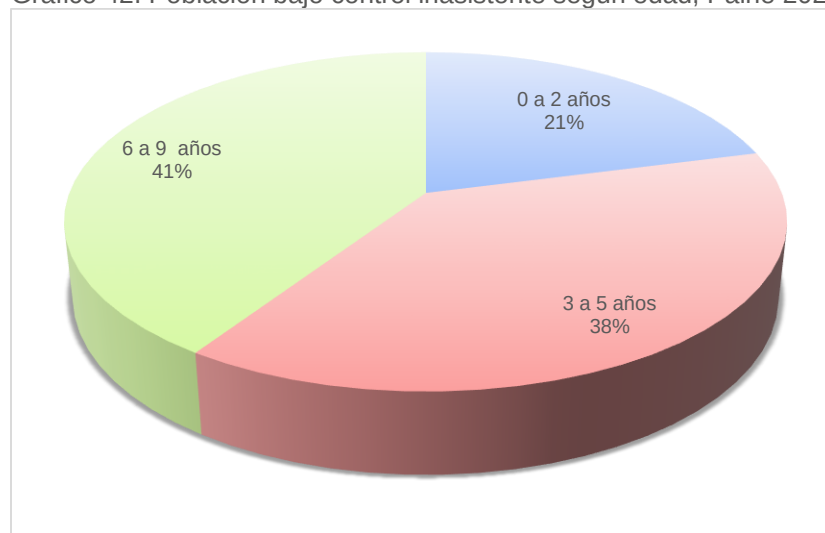
Durante el 2020 es posible observar un aumento significativo de las inasistencias en CESFAM Raúl Moya (35%), Huelquén (45%) y Chada (39,2%) en relación a la PBC, fenómeno atribuible a la pandemia por Covid-19 (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución de población infantil asistente e inasistente, según centro de salud de Paine, Dic 2018-Junio 2021.

		<i>Miguel solar</i>	<i>Raúl Moya</i>	<i>Abrantes</i>	<i>Pintué</i>	<i>Rangue</i>	<i>Huelquén</i>	<i>Chada</i>
<i>Dic-18</i>	Asistentes	4205	1193	228	235	129	549	194
	Inasistentes	1140	475	1	0	0	72	48
<i>Dic-19</i>	Asistentes	4009	910	188	204	135	685	306
	Inasistentes	1245	20	66	54	30	176	93
<i>Dic-20</i>	Asistentes	4415	1099	249	267	149	577	146
	Inasistentes	1085	596	33	25	12	472	94
<i>Jun-21</i>	Asistentes	1014	314	19	36	22	120	34
	Inasistentes	273	748	214	243	159	462	174

Fuente REM P2, Diciembre 2018 - Junio 2021.

Gráfico 42. Población bajo control inasistente según edad, Paine 2021



Fuente REM P2, Junio 2021.

Al analizar la PBC inasistente se destaca que esta pertenece en su mayoría al rango de edad entre los 3 y los 9 años. Esto ya que se indicó desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur priorizar la atención de menores de 0 a 47 meses y dentro de este grupo evaluar una segunda priorización de 0 a 24 meses o en caso de ser necesario una tercera priorización de 0 a 6 meses.

Morbilidad Infantil

Entre 2018 y 2021, el principal motivo de consulta es por causa respiratoria. Durante el 2020, representaron el 50% de las consultas, seguidas por las consultas traumatológicas con un 20% y alteraciones de la piel con un 11%. Las consultas por causa nutricional, infecciosas y de salud mental representan el 19% restante.

En comparación con el 2019, las consultas respiratorias durante el 2020 disminuyeron un 15%, producto de la disminución en la circulación de la enfermedad tipo influenza y de infección respiratoria aguda grave, manteniéndose estas bajo el umbral de alerta de Epivigila durante gran parte del año 2020.

Durante el 2021, hubo un aumento de consultas respiratorias no covid-19, relacionadas con la mayor circulación virus tipo influenza y de infección respiratoria aguda grave, según reportó Epivigila3.

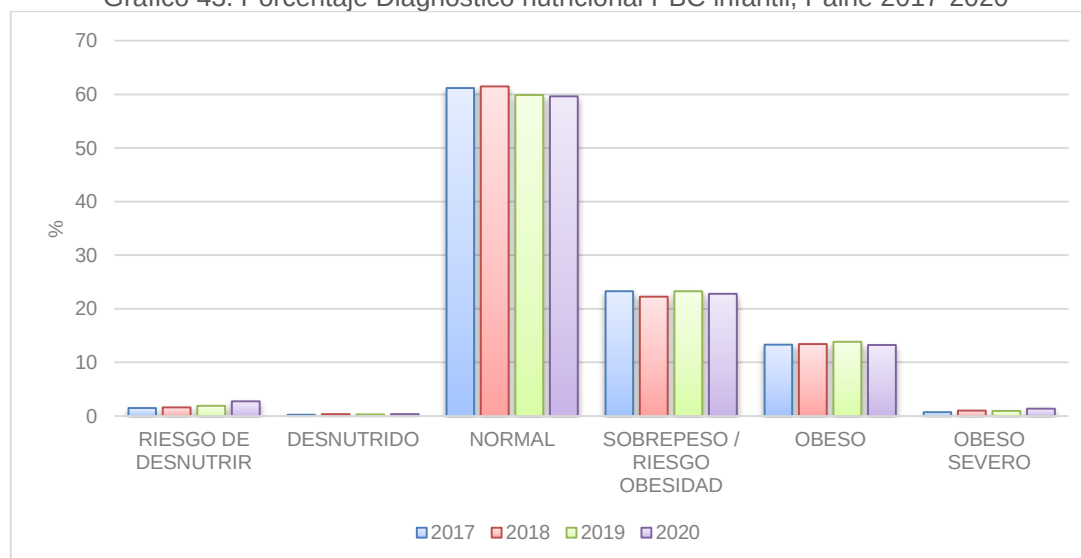
Tabla 8. Comparativa de Principales morbilidad en CESFAM Miguel Solar (Urbano) y CESFAM Raúl Moya (Rural)

Condiciones de salud	2018		2019		2020		2021	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
IRA alta	2207	479	1930	558	546	133	482	76
IRA baja	1273	228	1078	236	406	54	121	39
Alteraciones piel	521	75	344	81	215	53	227	32
Traumatológicas	301	143	526	125	399	104	336	99
Nutricional exceso	240	36	302	14	127	4	231	3
Salud mental	272	9	243	12	116	25	77	8
Infeciosas	320	94	271	85	160	49	102	37
Covid-19	0	0	0	0	66	31	332	130

Diagnóstico Nutricional Infantil

En la región Metropolitana, para el año 2020 JUNAEB reportó un 37,6% de sobrepeso para niños y niñas de 5° básico y un 25,7% de Obesidad en el mismo periodo y grupo. En el caso de la Desnutrición, para los niños y niñas de 5° básico se reportó un 1,1%. En la comuna de Paine tenemos una población infantil cuyo diagnóstico nutricional se ha mantenido entre el 2017 y 2020. En el año 2020, el 59,6% de la población evaluada tuvo diagnóstico nutricional normal, un 37,3% sobrepeso u obesidad y un 3% riesgo de desnutrir o desnutrición.

Gráfico 43. Porcentaje Diagnóstico nutricional PBC infantil, Paine 2017-2020

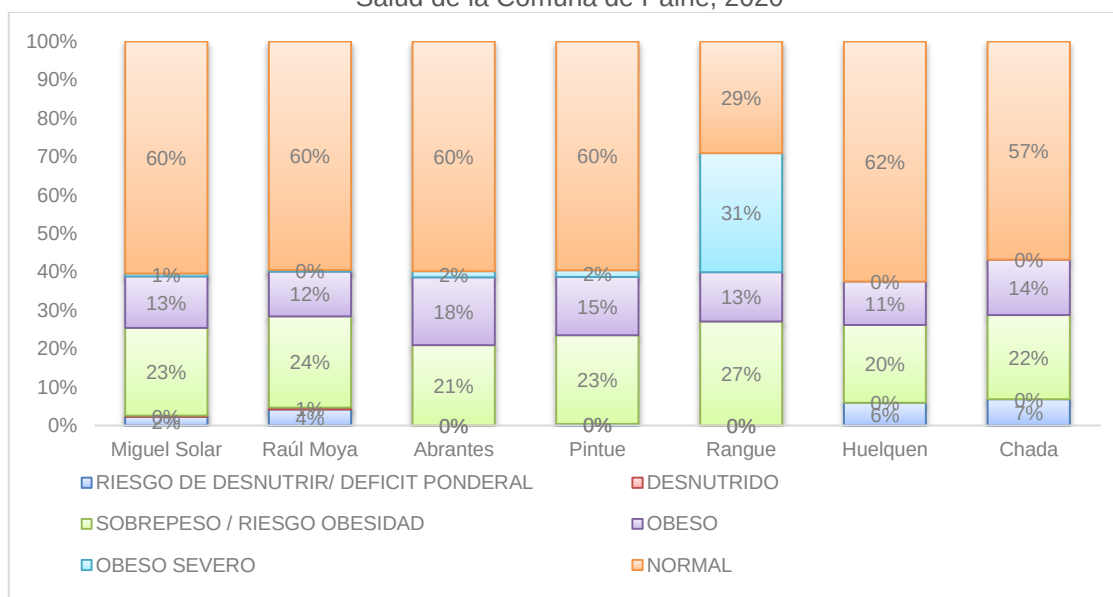


Fuente: REM P02 Sección A, A1. 2017-2020

Al revisar el diagnóstico nutricional por establecimiento de salud, la mayoría de los establecimientos presenta alrededor de un 60% de su población infantil con diagnóstico nutricional normal. Respecto a la población con riesgo de desnutrición y/o con desnutrición en la comuna, se ha pesquisado que el 6% de los niños y niñas de la PSR de Huelquén, el 7% de Chada, 4% del CESFAM Raúl Moya y el 2% de

los niños y niñas del CESFAM Dr. Miguel Solar están categorizados como riesgo de desnutrir. Respecto a la mala nutrición por exceso, en la PSR Rangue el 71% de niños y niñas está diagnosticado con sobrepeso, obesidad y obesidad severa. En el caso de la PSR de Abrantes y Pintué, este grupo representa el 40% de los niños y niñas de cada PSR.

Gráfico 44. Porcentaje Diagnóstico Nutricional Población Infantil 0-9 años por Establecimiento de Salud de la Comuna de Paine, 2020



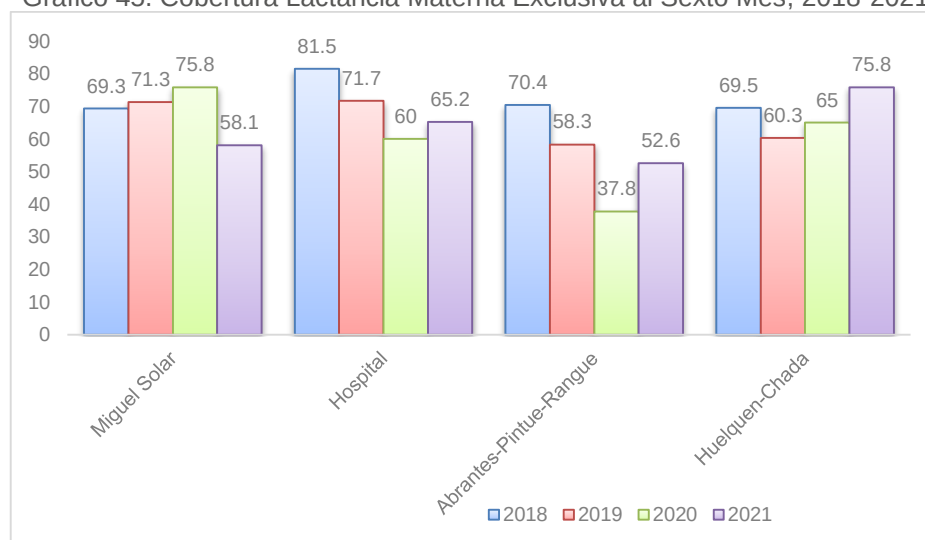
Fuente: REM P02 Sección A, A1. 2020

Lactancia Materna

La lactancia Materna tiene múltiples beneficios para nuestros niños/as. “La evidencia es consistente en demostrar los beneficios de la lactancia materna en términos de protección de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, en los que la alimentación juega un importante rol; en atención a ello, se debe relevar su importancia desde la gestación, con el propósito de lograr una lactancia exitosa y alcanzar la meta país del 60% de lactancia materna exclusiva (LME), al sexto mes de vida” (OOTT Metas Sanitarias 2022).

En la comuna de Paine se ha realizado un importante trabajo para fortalecer la lactancia materna y acompañar a las madres y bebés en este proceso, incorporando un control de lactancia materna a los 15 días de nacimiento. De acuerdo a los registros extraídos del REM A 03 Sección A.5, entre los años 2018 y 2020 la comuna de Paine ha mantenido un indicador de lactancia materna exclusiva al sexto mes mayor al 60%. No obstante, durante el 2020 las PSR Abrantes, Pintué y Rangue, disminuyeron sus indicadores a un 37,8%.

Gráfico 45. Cobertura Lactancia Materna Exclusiva al Sexto Mes, 2018-2021



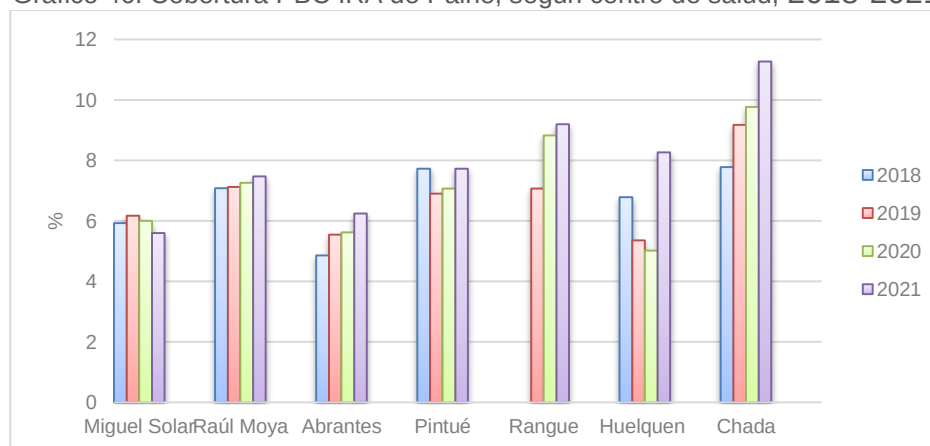
Fuente: REM P02 Sección A, A1. 2020

En el caso de los menores de 6 meses controlados, se observa una disminución a partir del 2020, atribuida a la menor oferta de controles de niño sano del sexto mes a causa de la redistribución de funciones por Covid-19.

Coberturas SBOR y Asma (0-19 años)

La meta comprometida al 2020 en la ENS es llegar a una cobertura de SBOR y Asma del 5% del total de la población inscrita validada. Entre el 2018 y 2021 existe una cobertura del 6% de la PBC menor a 20 años, pertenecientes al Programa IRA. 1% superior a la meta nacional.

Gráfico 46. Cobertura PBC IRA de Paine, según centro de salud, 2018-2021.



Fuente: REM P3 Sección A.

Desarrollo Psicomotor

En cuanto al Desarrollo Psicomotor (DSM), a partir del 2020 se evidencia una baja en la cobertura de evaluación de DSM en el Control de niño Sano de los 18 meses. Esta baja se atribuye al Covid-19.

Tabla 9. Cobertura DSM, según centro de salud, 2018-2021.

Centro de salud	2018			2019			2020			2021		
	PBC	Realizado	%	PBC	Realizado	%	PBC	Realizado	%	PBC	Realizado	%
CESFAM Miguel Solar	465	437	94	574	480	83,6	468	113	24,15	256	114	44,53
CESFAM Raúl Moya y PSR	366	332	90,7	294	261	88,8	294	47	15,99	153	104	67,97

Salud Mental Infantil

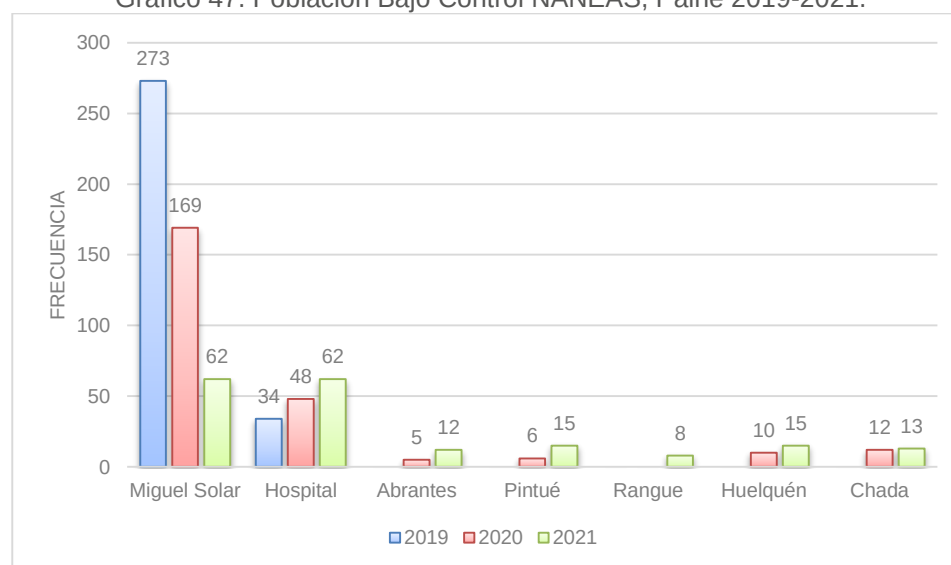
En relación al Autismo, actualmente hay 10 niños y niñas en CESFAM Dr. Miguel Solar con diagnóstico confirmado por Nivel secundario. De acuerdo a la PBC existen 6 niños y niñas bajo control. En CESFAM Raúl Moya y PSR existen 13 niños y niñas con diagnóstico confirmado por nivel Secundario, 9 de ellos en CESFAM Raúl Moya y 4 en PSR Huelquén.

NANEAS

Los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) son aquellos que tienen el riesgo o la presencia de una condición física, del desarrollo, del comportamiento o emocional de tipo crónica, que requiere atención de salud especial y en mayor cantidad que lo requerido por el promedio de los niños y niñas.

Durante el 2020, la PBC fue de 250 NANEAS. Además, es importante destacar el aumento en la incidencia en las PSR, en comparación con años anteriores.

Gráfico 47. Población Bajo Control NANEAS, Paine 2019-2021.



Fuente: REM P02.

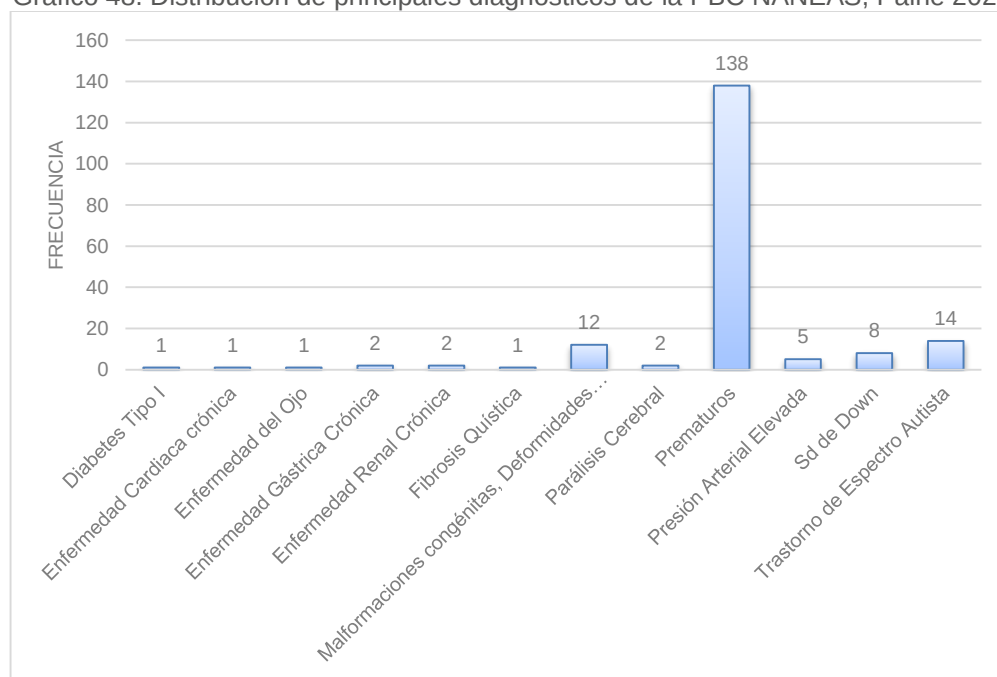
En relación a la población con trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH), la prevalencia se observa en la siguiente tabla.

Tabla 10. Población con DSM y su prevalencia.2017-2021

	N	Prevalencia
2020	230	3%
2019	312	4%
2018	420	14%
2017	363	4%

Por el contrario, en el CESFAM Dr. Miguel Solar es posible observar una disminución progresiva de la PBC entre 2019 y 2021. Si se analiza los diagnósticos de la PBC NANEAS a nivel comunal, de 187 niños y niñas en NANEAS, el diagnóstico “premature” representa el 74%, seguido por Trastorno del espectro autista (7,5%) y malformaciones congénitas (6,4%).

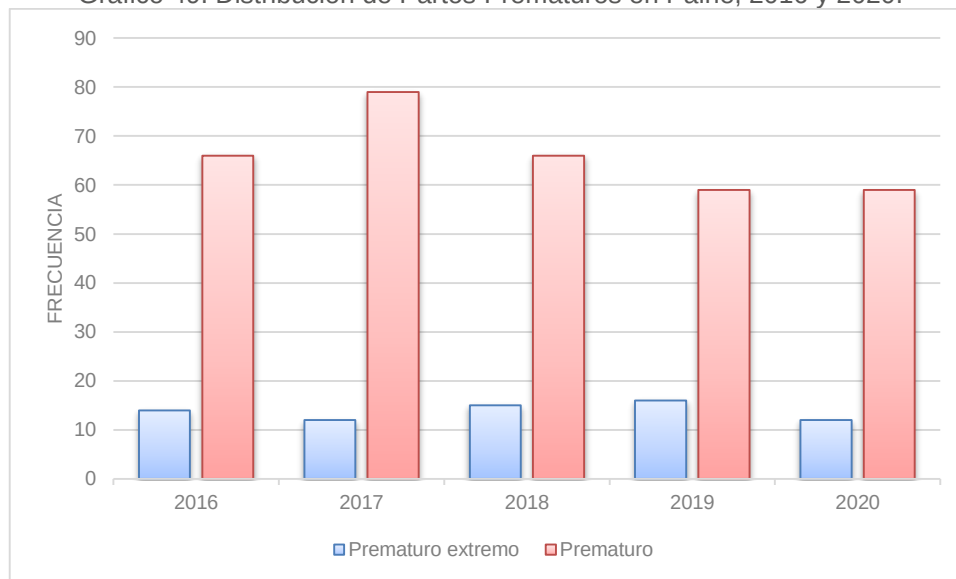
Gráfico 48. Distribución de principales diagnósticos de la PBC NANEAS, Paine 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS

Según la información disponible en DEIS, entre el 2016 y el 2020 han ocurrido 398 Nacimientos prematuros, de los cuales, el 17% corresponde a prematuros extremos. En relación a la incidencia en Paine, en el 2020 corresponde a un 7,7%, inferior a lo reportado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Parto Prematuro.

Gráfico 49. Distribución de Partos Prematuros en Paine, 2016 y 2020.

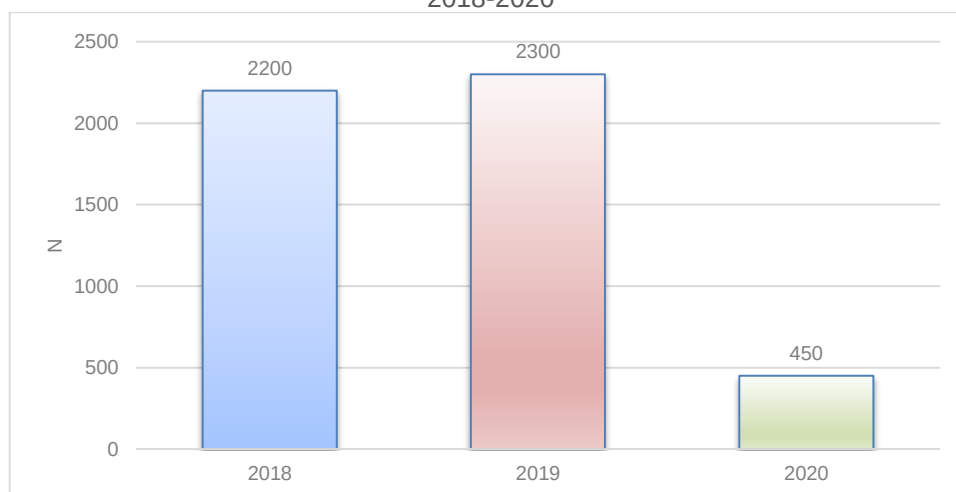


Fuente: Elaboración propia a partir de Información Disponible en DEIS.

Programa Dental

En el CESFAM Dr. Miguel Solar entre el 2018 y 2019 se incrementó el número de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en un 4%. No obstante, el 2020 este disminuyó en un 80% producto de la Pandemia (gráfico 50). Lo anterior podría explicarse a que la pesquisa y seguimiento de menores de 3 años ocurre en establecimientos educacionales.

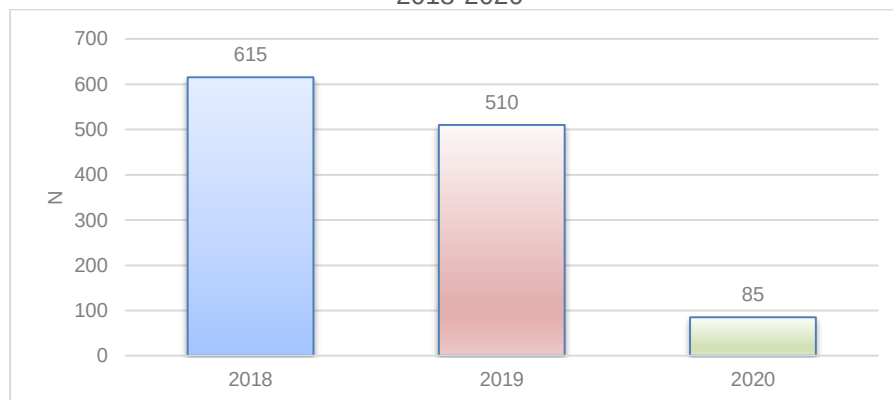
Gráfico 50. Número de niños y niñas menores de 3 años libres de caries, CESFAM Miguel Solar 2018-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS.

De la misma forma, el CESFAM Raúl Moya presentó una disminución significativa en el número de niños y niñas menores de 3 años libres de caries, durante el año 2020 (ver gráfico 51).

Gráfico 51. Número de niños y niñas menores de 3 años libres de caries, CESFAM Raúl Moya 2018-2020



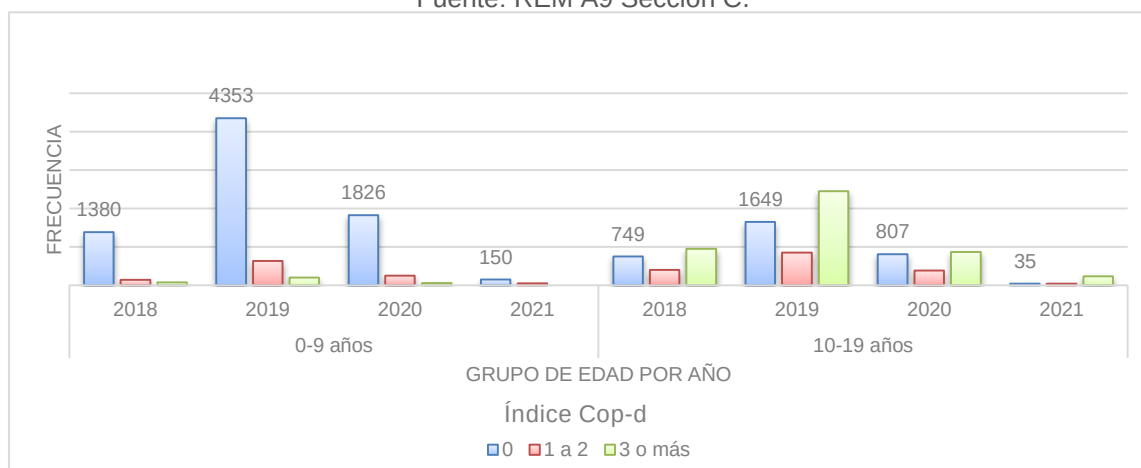
Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS.

En la población de niños y niñas de 0 a 6 años libres de caries es notorio el aumento de población sana, ya que desde la implementación del GES se buscó la atención priorizada de 6 años. La baja del 2020 se debe a los efectos de la Pandemia, que el 2021 comienza la lenta recuperación.

En el Programa Odontológico Rural entre el 2018-2021 es posible observar una disminución en la población de 0-9 años libre de caries (COP-d= 0); durante el 2018 un 88% se encuentra libre de Caries en piezas permanentes, un 84% durante el 2019 y un 76% durante el 2020. En el 2021 fueron evaluados 29 niños y niñas entre 0-9 años, sólo el 41% se encontraba libre de Caries en piezas permanentes.

Gráfico 52. Distribución de la Población 0-19 años según Índice COP-d en CESFAM Raúl Moya y PSR, Paine 2018-2021.

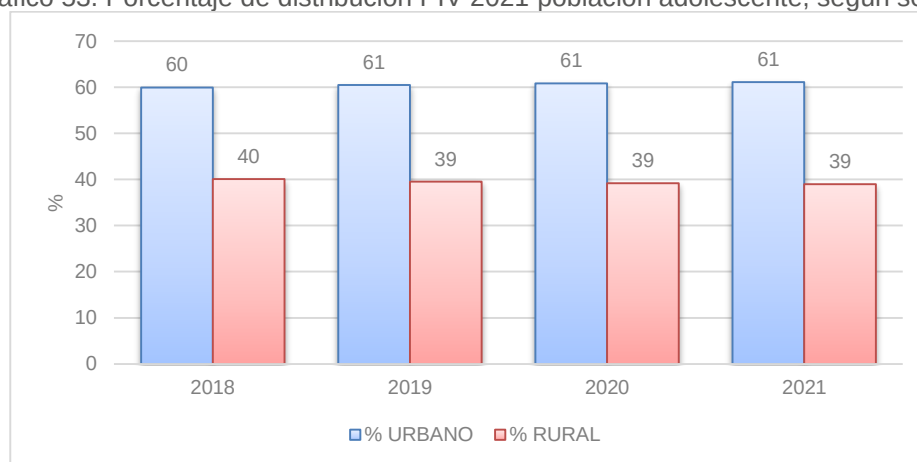
Fuente: REM A9 Sección C.



Salud en la adolescencia y juventud

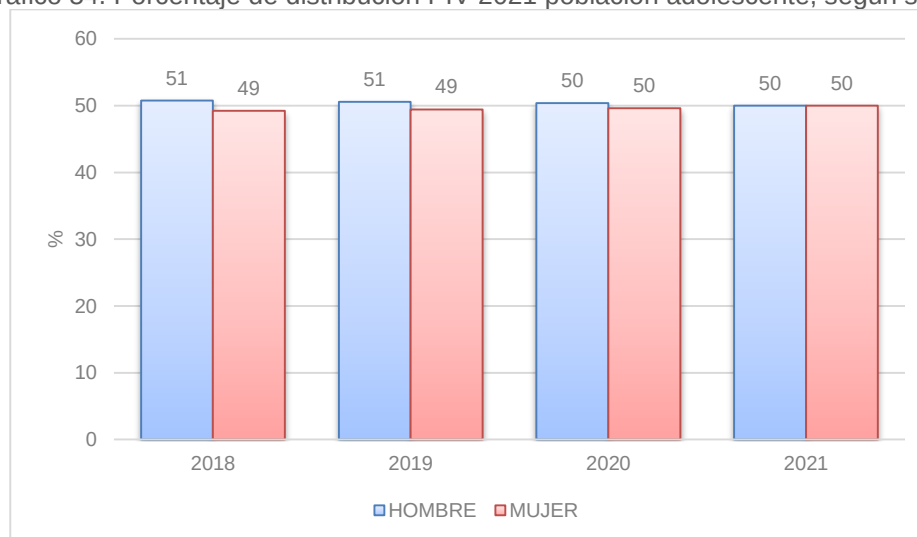
Características de la población y territorio

Gráfico 53. Porcentaje de distribución PIV 2021 población adolescente, según sector.



Según lo que se observa en el Gráfico 53, la distribución por territorio (urbano y rural) de la población inscrita validada (PIV) se ha mantenido estable entre los años 2018 y 2021, un 61% pertenece a CESFAM Miguel Solar y un 39% a CESFAM Raúl Moya y PSR.

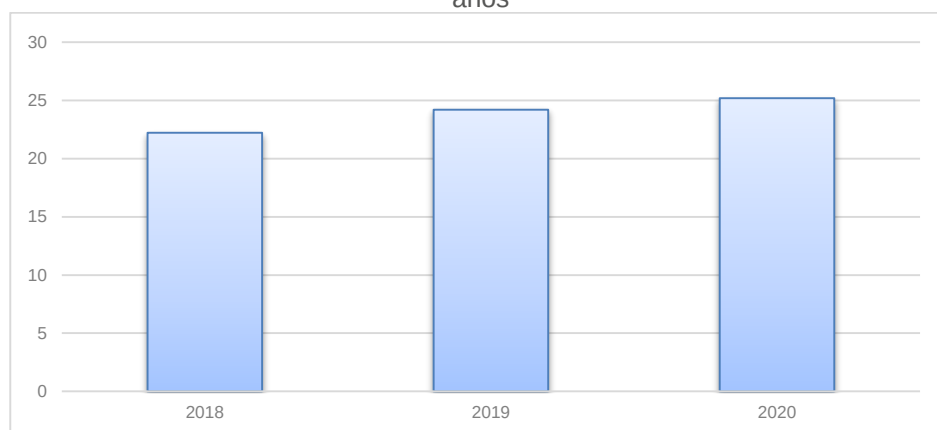
Gráfico 54. Porcentaje de distribución PIV 2021 población adolescente, según sexo.



En relación al gráfico 54, se observa la estratificación comunal por sexo según PIV, la que se ha mantenido estable, caracterizándose el 2021 con un 50% de hombres y mujeres.

Control de salud integral adolescente

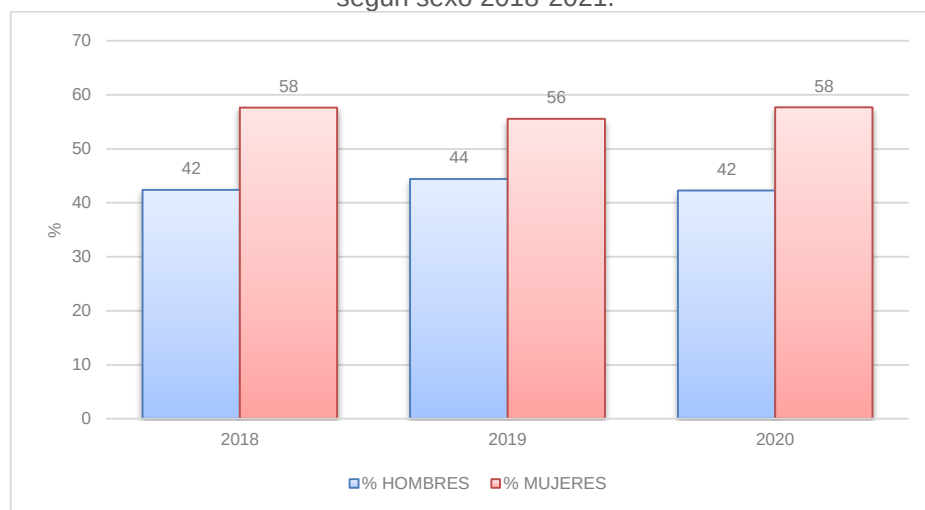
Gráfico 55. Porcentaje de cobertura Control de Salud Integral para Adolescentes Comunal 10-19 años



En el gráfico 55, se observa que a nivel comunal se ha incrementado el porcentaje de cobertura de adolescentes entre 10 y 19 años, en relación al control de salud integral adolescente, aumentando desde un 22% en el año 2018 a un 25% en el año 2020.

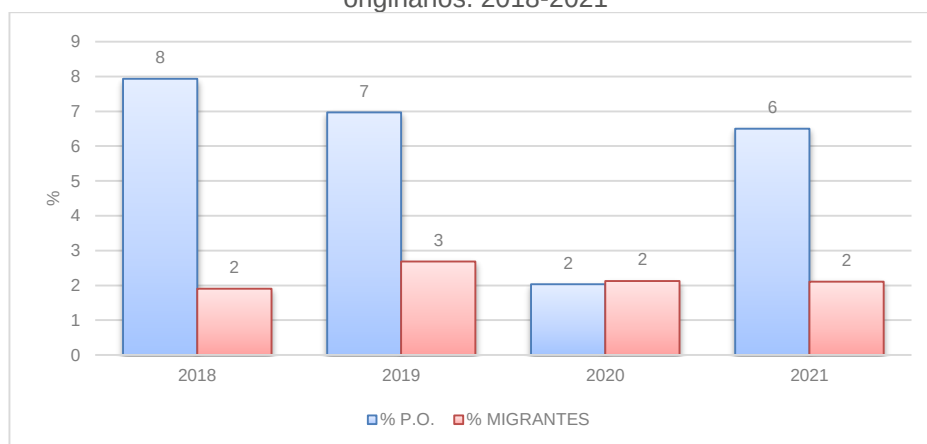
Cabe mencionar que durante el periodo de pandemia se logró dar cumplimiento sobre un 100% a lo esperado, manteniendo la continuidad de la atención.

Gráfico 56. Distribución porcentual comunal del Control de Salud Integral para Adolescentes, según sexo 2018-2021.



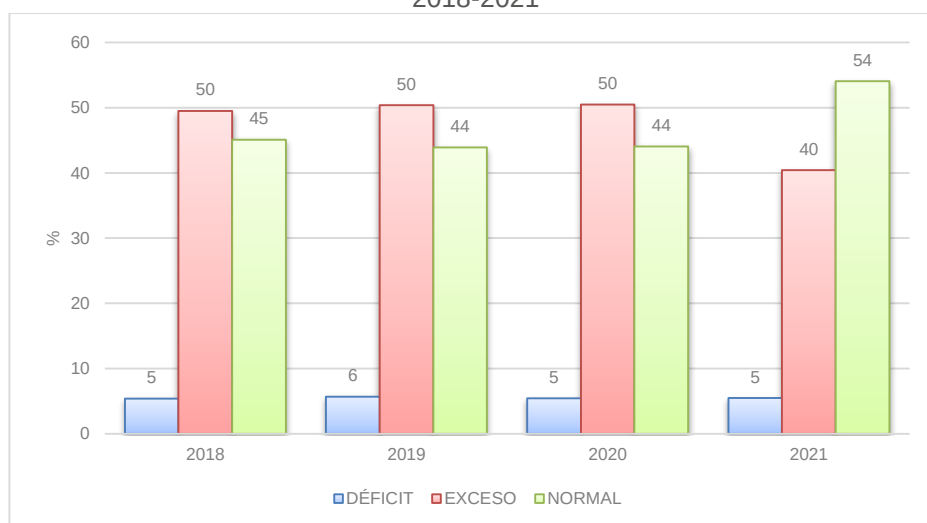
En el gráfico 56 se muestra la distribución comunal por sexo del CSIA en el periodo 2018-2021, siendo en promedio un 43% realizado a hombres y un 57% a mujeres.

Gráfico 57. Distribución porcentual de adolescentes Migrantes y pertenecientes a pueblos originarios. 2018-2021



En el gráfico 57, se observa que del total de los CSIA realizados de manera comunal, en el periodo 2018-2021 en promedio el 6% pertenece a algún pueblo originario y el 2% es migrante.

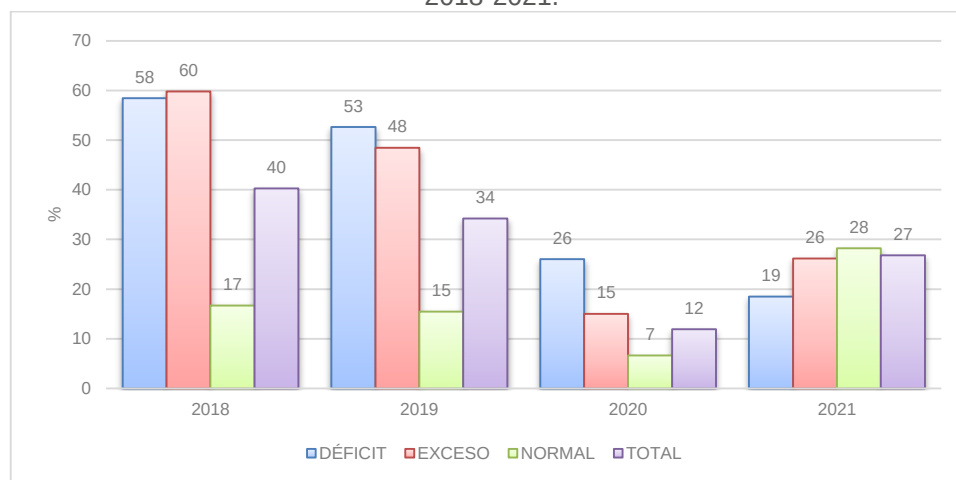
Gráfico 58. Distribución porcentual del estado nutricional de la Población bajo control adolescente. 2018-2021



Según el último Mapa Nutricional JUNAEB 2020, la prevalencia de malnutrición por exceso corresponde a un 54%, por lo que al analizar el Gráfico 58, se observa que a nivel comunal se ha mantenido estable en un 50% en el periodo 2018-2020, observándose una baja en el año 2021 a un 40%, lo que se puede deber a que los controles preventivos en contexto de pandemia se realizaron en su mayoría vía remota, no considerando la evaluación del estado nutricional, por lo que la cifra podría no ser reflejo de la realidad.

Consultas nutricionales

Gráfico 59. Porcentaje de Consulta nutricional en Centro de Salud Integral para Adolescentes, 2018-2021.



Con respecto a las consultas nutricionales realizadas, se muestra el porcentaje de adolescentes bajo control que según su estado nutricional recibieron alguna consulta nutricional, observándose una baja en las personas con malnutrición por exceso desde un 60% en el año 2018 a un 26% en el año 2021.

Otro aspecto relevante a considerar en el contexto de pandemia, fue la reconversión de funciones del equipo de salud y redistribución de prioridades de atención, mermando directamente en atenciones no urgentes, disminuyendo así la oferta de horas de consulta nutricional.

Consulta Morbilidad

Regulación en fecundidad:

En el Gráfico 60 se aprecia el porcentaje de cobertura de regulación en fecundidad según PBC de 15 a 19 años, siendo en el periodo 2018 – 2020 en promedio un 30% de mujeres adolescentes a nivel comunal. Es destacable la disminución en 7 puntos porcentuales a nivel la población bajo control con método anticonceptivo entre los años 2019 y 2021, atribuible al contexto de pandemia.

Gráfico 60. Porcentaje de Población Bajo control entre 15-19 años con Método anticonceptivo, 2018-2021.

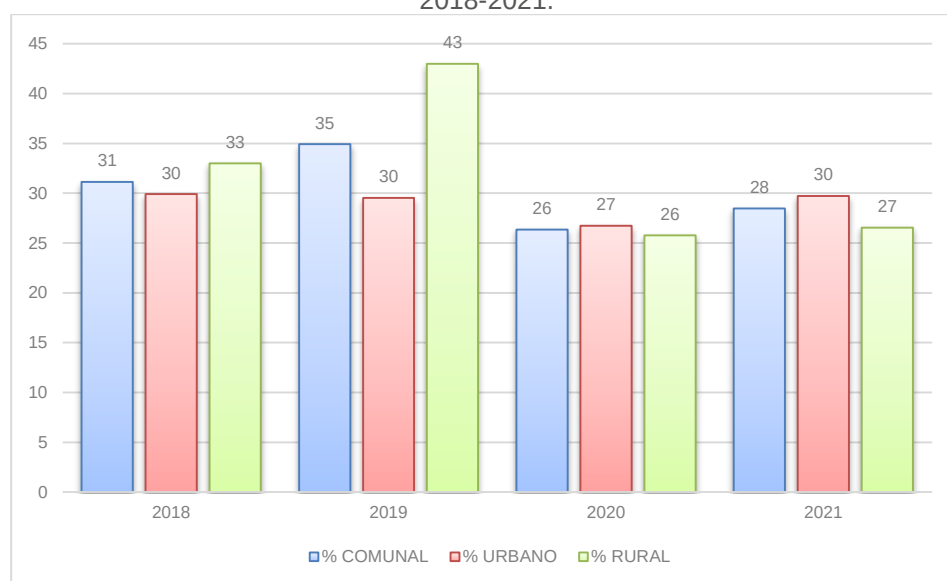
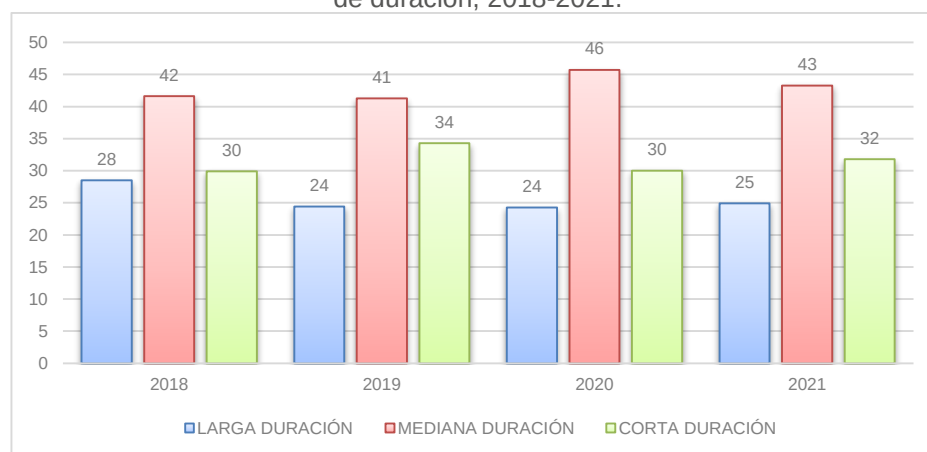


Gráfico 61. Porcentaje de mujeres adolescentes con uso de Método anticonceptivo, según tiempo de duración, 2018-2021.



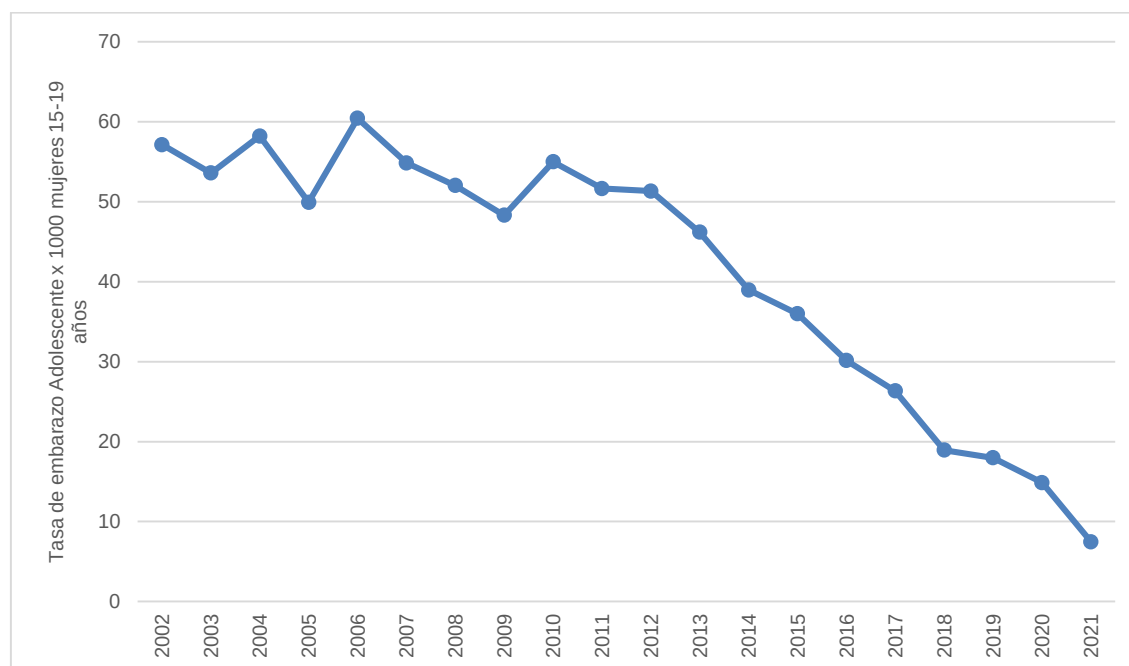
La recomendación en adolescentes es el uso de métodos anticonceptivos de larga duración (implantes y dispositivos intrauterinos), seguido de los de mediana duración (inyectables), siempre en un marco de atención con enfoque de derechos, por lo que quien tiene la decisión final es la persona. En la comuna de Paine se observa en el Gráfico 64 que en el periodo 2018 – 2021 se mantiene en primer lugar el uso de anticonceptivos de mediana duración (inyectables) en promedio un 43%, en segundo lugar de corta duración en promedio un 32% y por último los de larga duración con un 25%. En promedio el 68% de las adolescentes está con uso de método anticonceptivo de mediana y larga duración.

Embarazo adolescente

En Chile, durante el 2017 hubo 219.186 nacidos vivos, de ellos 472 nacimientos corresponden a madres menores de 15 años (tasa 0,8) y 16.897 a madres de entre 15 y 19 años (Tasa 26,52) (INE, 2019).

En el caso de Paine, el comportamiento de la tasa de embarazo adolescente entre 15-19 años en mujeres de Paine entre los años 2002-2021 (corte 9 noviembre 2021) puede observarse en el siguiente gráfico.

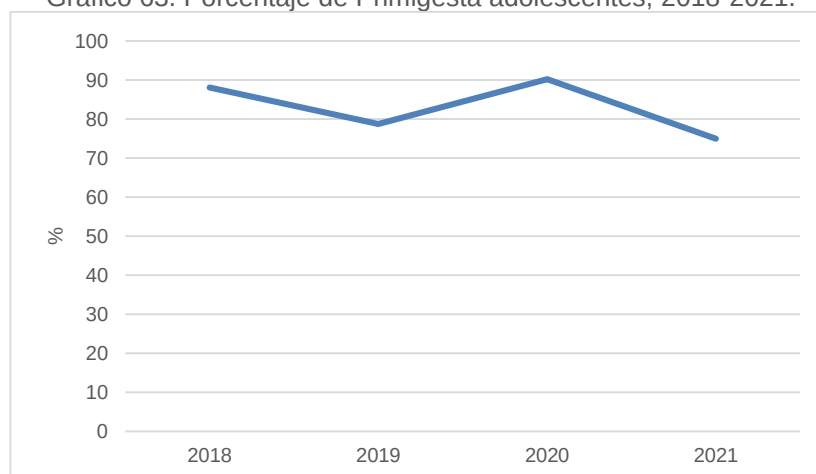
Gráfico 62. Tasa de embarazo 15 a 19 años. Paine, 2002-2021.



Desde la perspectiva epidemiológica, el embarazo adolescente se divide en dos grupos según la edad: adolescentes menores de 15 años y adolescentes entre los 15 y 19 años 11 meses. A partir de la información disponible en DEIS, durante el 2018 se registraron en Paine 53 nacimientos en madres adolescentes entre 15 y 19 años, 48 el año 2019 y 42 durante el 2020. En el caso de los embarazos adolescentes menores de 15 años durante el 2018 y 2019 se registraron 1 nacimiento por año en este grupo. Por último, durante el año 2020 no hubo registros de nacimientos en mujeres menores de 15 años. Lo anterior permite observar una tendencia hacia la disminución de embarazos en población adolescente.

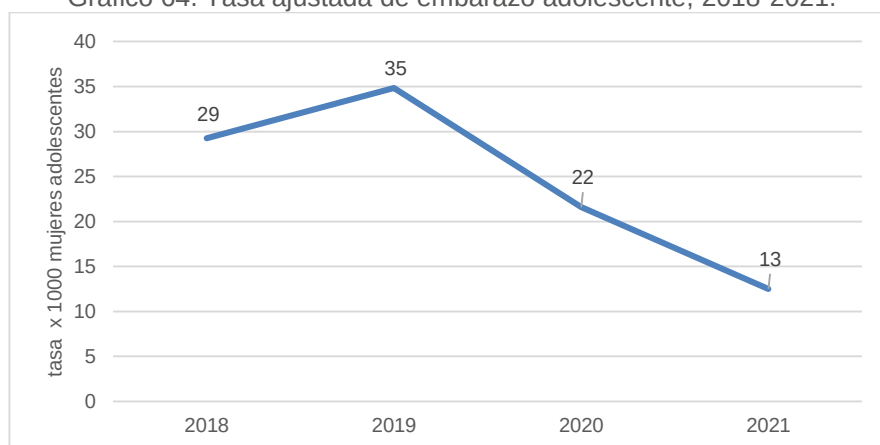
La prevención del segundo embarazo adolescente es clave. En el gráfico 63, se observa que ha fluctuado en el periodo 2018 – 2021, existiendo periodos de alza y de baja, por lo que surge la necesidad de indagar con mayor precisión sobre las posibles causas, por ejemplo problemas de registro.

Gráfico 63. Porcentaje de Primigesta adolescentes, 2018-2021.



De manera local se estableció como plan piloto durante el año 2021 realizar consejerías de regulación en fecundidad de todas las adolescentes ingresadas a control prenatal, además de iniciar el uso de método anticonceptivo en el control diada, por lo que continúa siendo un desafío para el equipo de salud disminuir la cifra de 2do embarazo adolescente.

Gráfico 64. Tasa ajustada de embarazo adolescente, 2018-2021.



En el Gráfico 64 se observa la tasa ajustada a PIV de embarazo adolescentes entre los 15 y 19 años, observándose una baja desde el año 2019 de 35 x 1000 mujeres a 13 por 1000 mujeres en el año 2021.

Tabla 11: Total ingresos control prenatal 10-14 años 2018-2021.

	Año			
	2018	2019	2020	2021
Ingresos	4	3	3	0

En la Tabla 11, se observa el N° total de ingresos a control prenatal comunal en adolescentes menores de 15 años, existiendo una baja desde el año 2018 de 4 a 0 en el corte de junio 2021.

Cardiovascular

Tabla 12. Prevalencia de DM 2018-2021.

Año	PIV comunal 15-19 años	N° personas esperadas DM (personas 15 – 24 años 1,8%)	PBC DM	Prevalencia actual %
2018	4401	79	4	0,09
2019	4484	81	2	0,04
2020	4516	81	3	0,07
2021	4495	81	4	0,09

En personas entre 15 y 24 años, se espera una prevalencia de diabetes mellitus 1,8%, lo que equivale en promedio en el periodo 2018 – 2021 a 81 personas bajo control, existiendo actualmente según lo que se observa en la Tabla 12, una prevalencia del 0,09% con 4 personas bajo control.

Tabla 13. Prevalencia de HTA 2018-2021.

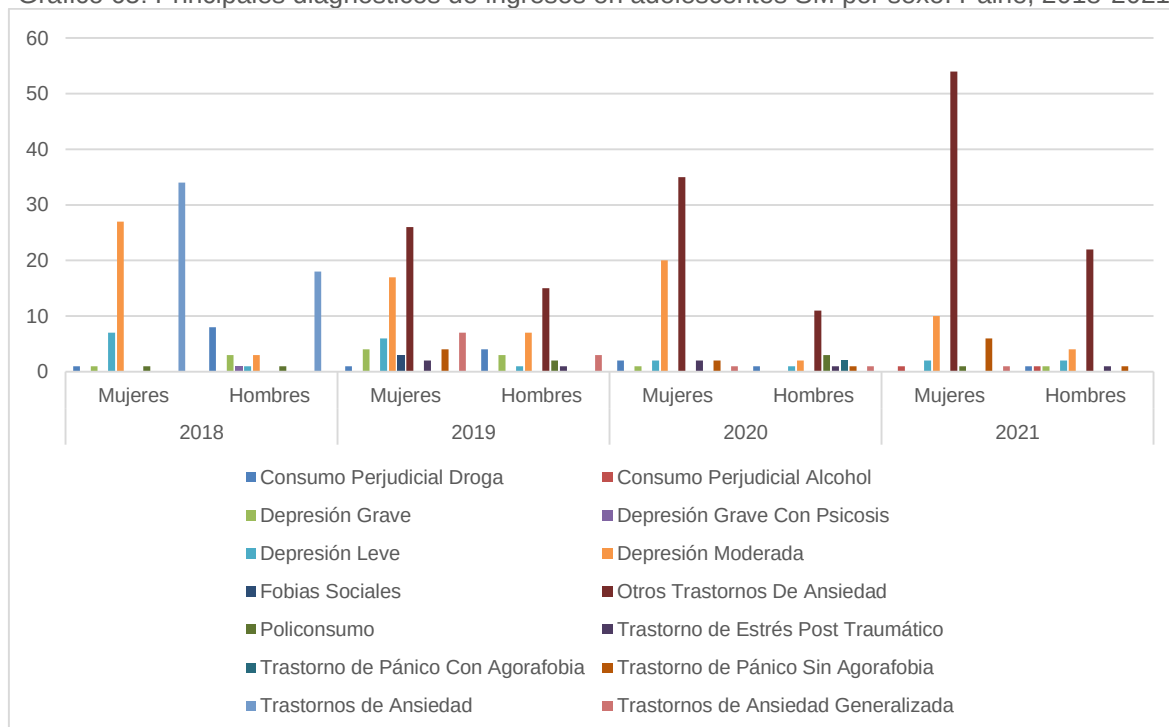
Año	PIV comunal 15-19 años	N° personas esperadas HTA (15-24 años 0,7%)	PBC HTA	Prevalencia actual %
2018	4401	31	10	0,23
2019	4484	31	10	0,22
2020	4516	32	6	0,13
2021	4495	31	7	0,16

En personas entre 15 y 24 años, se espera una prevalencia de hipertensión 0,7%, lo que equivale en promedio en el periodo 2018 – 2021 a 31 personas bajo control, existiendo actualmente según lo que se observa en la Tabla 13, una prevalencia del 0,16% con 7 personas bajo control.

Salud Mental

Los principales Diagnósticos de ingreso al programa de salud mental en adolescentes según sexo, Paine 2018-2021. Se destaca el incremento significativo en ingresos al programa de salud mental en adolescentes mujeres durante el 2021 fundamentalmente por trastornos de ansiedad. La depresión (en cualquiera de sus clasificaciones) disminuyó durante el 2021.

Gráfico 65: Principales diagnósticos de ingresos en adolescentes SM por sexo. Paine, 2018-2021.



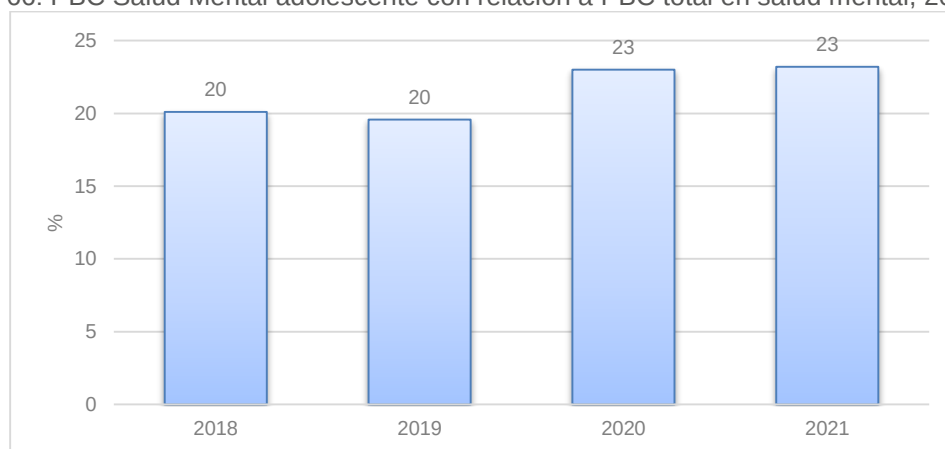
Según un estudio realizado por De la Barra, Flora (2012), la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile es del 22,5%. Además, el plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 señala que un 38,3% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte en están determinados por condiciones de salud mental en la población adolescente.

Tabla 14. Prevalencia de Trastornos de Salud Mental, 2018-2021.

Año	Ambos sexos	N° personas esperadas	N° PBC	Cobertura PBC %
2018	8614	1938	425	5
2019	8727	1964	447	5
2020	9071	2041	468	5
2021	9218	2074	528	6

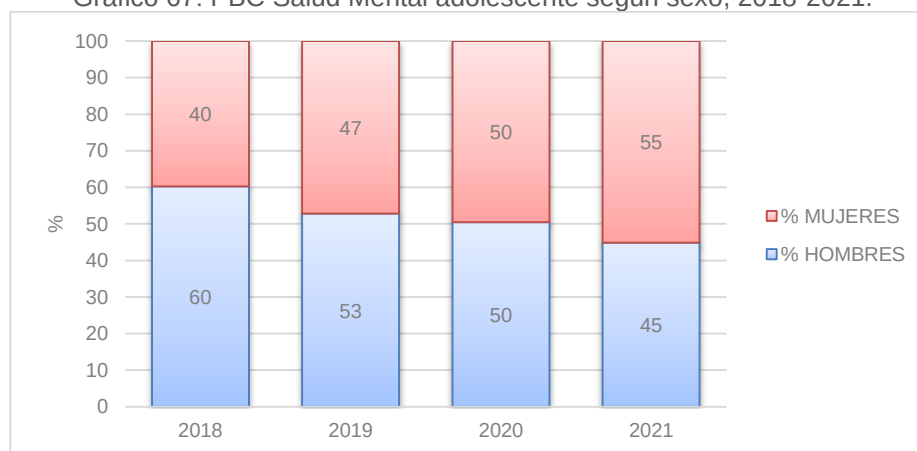
En la tabla 14, se observa que a partir de los datos entregados durante el periodo 2018 -2020 la Población bajo control en salud mental representa el 5%, aumentando a un 6% en el año 2021, distante de lo estimado por la literatura.

Gráfico 66: PBC Salud Mental adolescente con relación a PBC total en salud mental, 2018-2021.



En el gráfico 66 se observa que en el año 2018 de la población total bajo control por algún trastorno de salud mental, el 20% corresponde a adolescentes, aumentando a un 23% en el año 2021, sin embargo, como se mencionaba en el gráfico anterior, la población bajo control en salud mental de adolescentes en Paine es baja.

Gráfico 67: PBC Salud Mental adolescente según sexo, 2018-2021.



En el gráfico 67, se observa la distribución por sexo de la población adolescente bajo control por trastorno de salud mental, mostrando una disminución de hombres en el 2018 de un 60% a un 45% en el año 2021, en cambio se observa un aumento en las mujeres, variando desde el año 2018 de un 40% a un 55% en el año 2021.

Programa dental

En la atención odontológica rural al grupo entre 10-19 años durante el 2018 sólo el 29% estaba libre de Caries en piezas permanentes (COP-d= 0). En 2019 el 26% se categorizó como COP-d=0, en el 2020 el 34% y durante el 2021 0% atribuible a la disminución de controles por contexto de Pandemia.

Salud en la edad adulta

El programa del adulto consiste en abarcar las condiciones de salud GES no cardiovasculares junto con fomentar la prevención desde los 20 a 64 años, mediante el examen de medicina preventiva (EMPA).

Dentro de estas condiciones de salud se encuentran artrosis de rodilla y cadera, Hipotiroidismo enfermedad de Parkinson y Epilepsia. En las dos primeras, las intervenciones sanitarias consideran diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, en la Enfermedad de Parkinson y Epilepsia considera Tratamiento como entrega de fármacos, prevención terciaria y continuidad de la atención con mantención de las indicaciones del especialista.

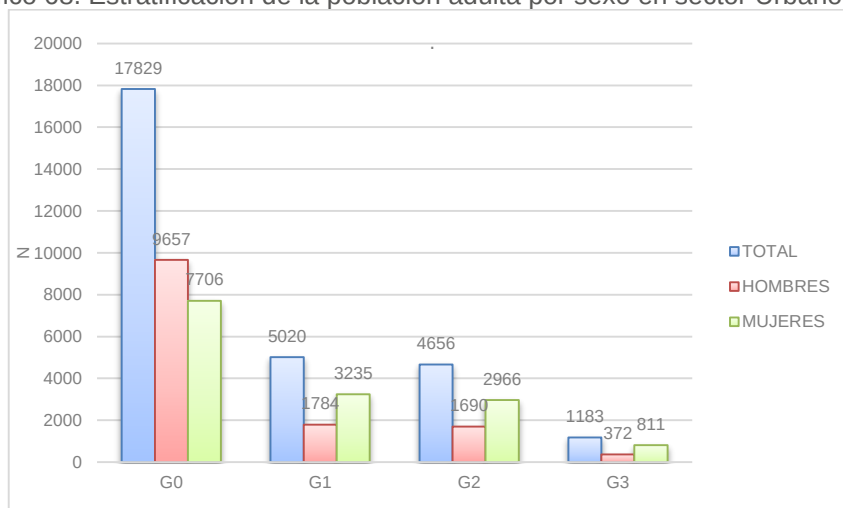
Principales problemas detectados

- Aumento del Tabaquismo de la población.
- Disminución de la prevención a causa de la emergencia sanitaria por Covid-19.

Estratificación de la población

A partir de la información obtenida según estratificación de riesgo por multimorbilidad en el sector urbano, se observa que a medida que se avanza en edad, hay un aumento de población estratificada como G3 y predomina la población femenina sobre la masculina. Dado lo anterior, se han generado estrategias de agrupar profesionales por sector para iniciar la estrategia de multimorbilidad con enfoque en salud familiar. De la información recabada el sector azul es el que cuenta con mayor población G3 en el ciclo vital adulto.

Gráfico 68. Estratificación de la población adulta por sexo en sector Urbano, 2021



Fuente: Datos obtenidos en IRIS.

En relación a los EMPA realizados, existe una disminución de los exámenes realizados atribuibles a la emergencia Sanitaria. Pese a lo anterior, durante el 2020 el 77% de los EMPA realizados en el sector Urbano fueron alterados (tabla 15), lo que se relaciona fuertemente con el impacto de la Pandemia en la salud y bienestar de las personas y la disminución de control de las ENTs.

Tabla 15. Total de EMPAs realizados por año, sector Urbano.

Año	EMPA Realizados	Alterados	% alteración
2021 (enero- julio)	5	5	100,0
2020	716	554	77,4
2019	3855	2463	63,9
2018	3046	2525	82,9

Fuente: iris, formularios rayen, examen de medicina preventiva

Tabla 16. Factores de riesgo detectados en EMPA sector Urbano, 2018-2021.

Factores de riesgo	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo peso	13	0,4	23	0,6	5	0,7	0	0
Sobrepeso	1121	36,8	1478	38,3	275	38,4	0	0
Obesidad	1019	33,5	1463	38,0	268	37,4	5	100
PAS > o igual a 140	240	7,9	222	5,8	392	54,7	1	20
PAD > o igual a 90	211	6,9	205	5,3	42	5,9	2	40
CC > a 88 en mujeres	900	29,5	1410	36,6	272	38,0	2	40
CC > a 102 en hombres	605	19,9	515	13,4	117	16,3	0	0
Glicemia > a 200	32	1,1	37	1,0	17	2,4	0	0
Colesterol total mayor a 200	971	31,9	602	15,6	8	1,1	3	60
PAP no vigente	444	14,6	497	12,9	8	1,1	1	20
AUDIT mayor o igual a 8 puntos	68	2,2	53	1,4	3	0,4	0	0
Tabaco	1021	33,5	1362	35,3	271	37,8	0	0

Fuente: IRIS, formularios rayen, examen de medicina preventiva del sector Urbano, 2018-2021

Dentro de los objetivos de la atención primaria se encuentra la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El EMPA es uno de los exámenes con lo que se pueden realizar estas acciones. De los registros de EMPA realizados desde 2018 más del 50% detecta un factor de riesgo de patología crónica. En estado de pandemia, se priorizó el tratamiento de patologías, disminuyendo la prevención que es una de las principales funciones de APS.

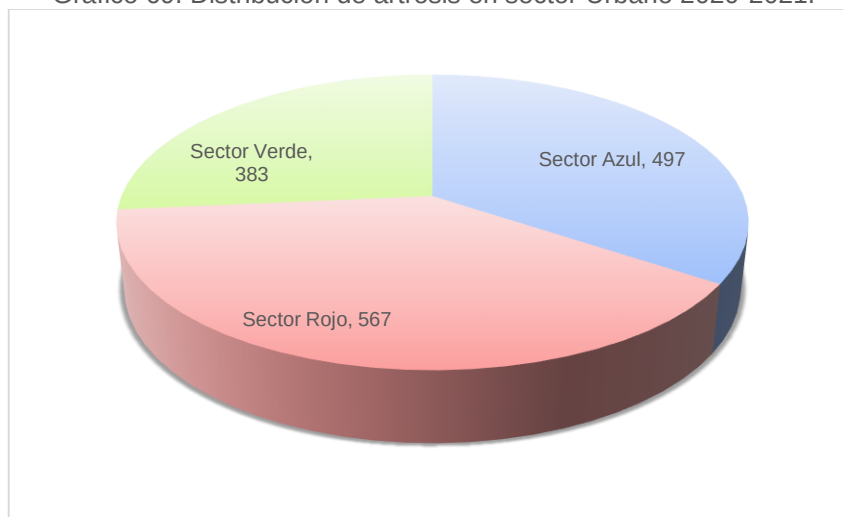
Dentro de los factores que son posible detectar en EMPA destaca en tabaquismo un porcentaje de 33,5 % en 2018, 25,3 en 2019 y 37,8 en 2020. En la última encuesta nacional de salud 2016-2017 la población fumadora a nivel nacional es de 33,3%. Con respecto a la obesidad los últimos 3 años han tenido una prevalencia

en EMPA de 33,5- 38 y 37.4 % y en la última encuesta nacional de salud la prevalencia nacional es de 31,2%.

Prevalencia de artrosis e hipotiroidismo por sector

La encuesta nacional de salud subdivide artrosis de cadera y de rodilla siendo para rodilla 5,7% y artrosis de cadera 3,1%, la prevalencia de artrosis tanto de cadera como de rodilla de CESFAM miguel solar es de 3,83 %

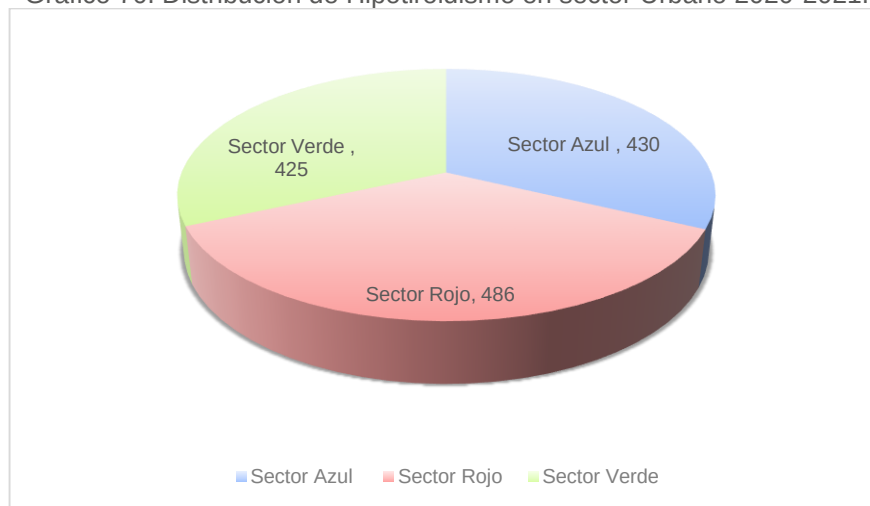
Gráfico 69. Distribución de artrosis en sector Urbano 2020-2021.



Fuente: REM P3 2019 e ingresos 2020 y 2021

La prevalencia de hipotiroidismo en la última encuesta nacional de salud 2016-17 fue de un 2,2%. La Prevalencia de hipotiroidismo en CESFAM Dr. Miguel Solar es de 3,54 % que se encuentra por sobre la nacional, siendo el sector rojo el que presenta más pacientes con esta patología.

Gráfico 70. Distribución de Hipotiroidismo en sector Urbano 2020-2021.

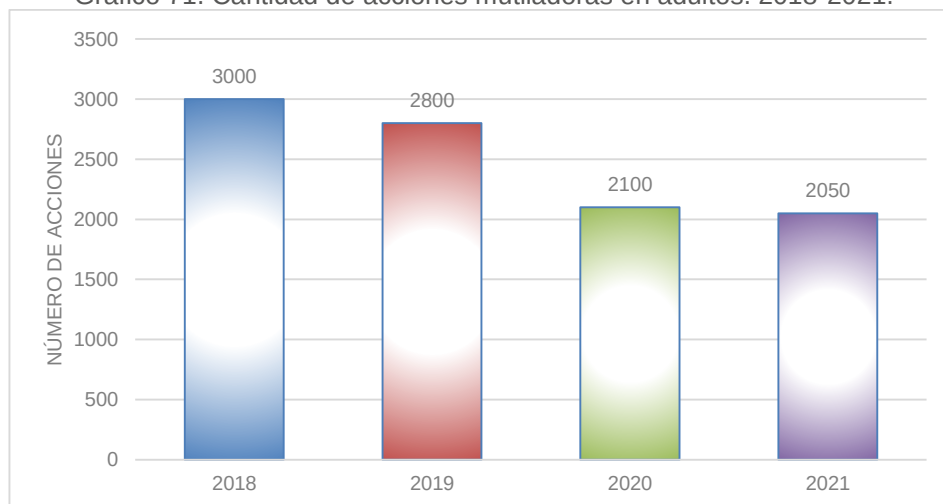


Fuente: REM P3 2019 e ingresos 2020 y 2021

Programa Dental

En la atención odontológica destaca la disminución de acciones Mutiladoras en Adultos, que incluye solo exodoncias de piezas permanentes, asociado a la atención de grupos prioritarios.

Gráfico 71. Cantidad de acciones mutiladoras en adultos. 2018-2021.

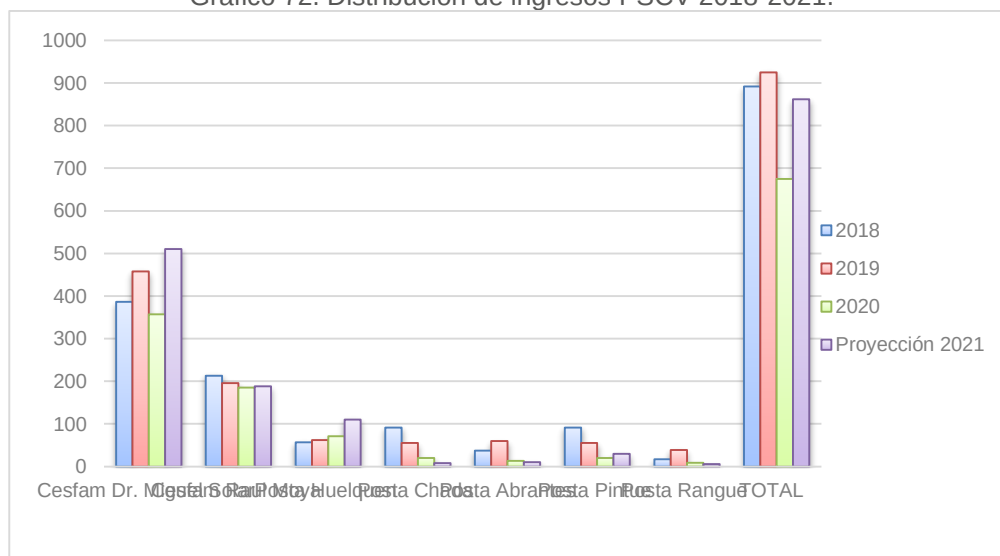


Fuente: REM 2018-2021

Programa de salud Cardiovascular

La tendencia de la prevalencia de ingresos al PSCV debiese ir en aumento cada año, debido al aumento sostenido en la prevalencia de ECNT a nivel mundial.

Gráfico 72. Distribución de ingresos PSCV 2018-2021.

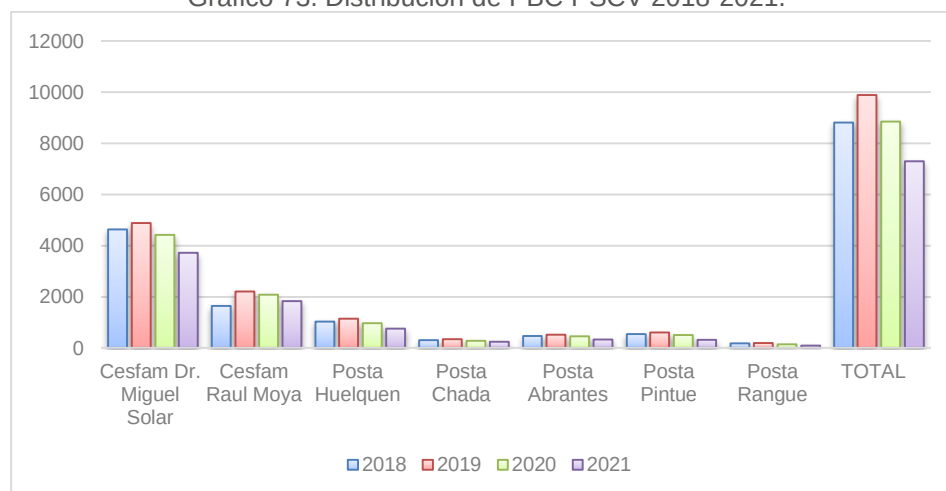


Fuente: Elaboración propia a partir de DEIS, REM A 2018-2020.

Durante el año 2020 podemos observar una caída de los ingresos del 30% aproximadamente en relación al 2019, lo que se atribuye a la pandemia. Si se proyectan los ingresos del año 2021, la gráfica tiende a igualarse a años anteriores, cuando lo esperado sería que fuese mayor.

Al igual como ocurre con los ingresos del programa, la población bajo control debiese tener una tendencia a aumentar año tras año, como se observa en el periodo 2018-2019.

Gráfico 73. Distribución de PBC PSCV 2018-2021.



Entre los años 2020-2021 existió una caída de la población bajo control, atribuible a la disminución de los controles cardiovasculares durante la pandemia, quedando en evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 17. N° Controles CV Médico.

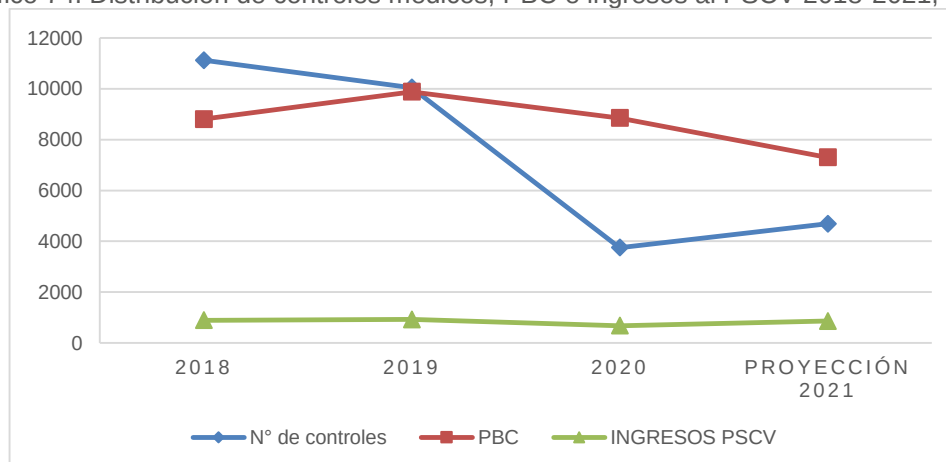
Centro de Salud	2018	2019	2020	1ºS. 2021
CESFAM Dr. Miguel Solar	4903	4155	1875	1359
CESFAM Raúl Moya	2591	2503	957	520
Posta Huelquén	1401	1321	363	187
Posta Chada	443	388	160	61
Posta Abrantes	815	632	183	44
Posta Pintué	838	730	128	148
Posta Rangue	132	318	86	25
TOTAL	11123	10047	3752	2344

Fuente: Elaboración propia a partir de DEIS, REM A 2018-2020.

Se observa que durante el año 2020 hubo una disminución del 62% de los controles cardiovasculares, en relación al año anterior.

Al proyectar los controles del 2021, se aumenta sólo un 20% con respecto al 2020, quedando por debajo a un año "normal". A modo de resumen, se presenta el siguiente gráfico, donde se observa la abrupta disminución del número de controles cardiovasculares y población bajo control, que se relaciona con el inicio de la pandemia. Por otra parte, se aprecia que los ingresos se mantienen estables, probablemente debido a que se asocian a una garantía explícita de salud.

Gráfico 74. Distribución de controles médicos, PBC e ingresos al PSCV 2018-2021, Paine.



Para finalizar, se presenta la siguiente tabla que muestra el porcentaje de usuarios amputados por diabetes mellitus tipo 2. Durante el año 2018, este no era un indicador dentro del REM, motivo por el cual no se manejan antecedentes.

Tabla 18. Distribución de personas con amputaciones y personas con DM tipo 2. 2019-2021, Paine

	2019			2020			2021		
	N° de amputados	N° DM2	% amputados	N° de amputados	N° DM2	% amputados	N° de amputados	N° DM2	% amputados
Miguel solar	13	1999	0,7%	21	2016	1,0%	26	1715	1,5%
Raúl moya	15	854	1,8%	20	848	2,4%	18	813	2,2%
Huelquén	9	457	2,0%	12	401	3,0%	11	375	2,9%
Chada	2	138	1,4%	3	116	2,6%	3	116	2,6%
Abrantes	2	182	1,1%	2	161	1,2%	1	139	0,7%
Pintué	3	172	1,7%	5	154	3,2%	4	131	3,1%
Rangue	1	58	1,7%	1	52	1,9%	1	49	2,0%
Total	45	3860	1,2%	64	3748	1,7%	64	3338	1,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de REM 2018-2021.

Se observa que la cifra de amputados aumentó considerablemente entre el año 2019-2020, manteniéndose estable en el periodo 2020-2021. También se aprecia la disminución de la población bajo control de usuarios con diabetes, lo que genera un aumento en el porcentaje de usuarios amputados.

En relación a los diagnósticos no cardiovasculares que son Garantías Explícitas en Salud (GES), se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 19. Diagnósticos no cardiovasculares. Paine. 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Artrosis de cadera y rodilla	1454	1834	2133	1793
Asma bronquial	1278	2404	1499	1906
Enfermedad de Parkinson	91	97	117	158
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	517	1138	697	922
Epilepsia	322	350	429	396
Hipotiroidismo	1537	1983	2150	1869
Síndrome bronquial obstructiva recurrente (SBORr)	364	382	386	49

La información fue obtenida a partir de IRIS, mediante la estratificación de usuarios, obteniendo las comorbilidades más frecuentes en la población de 40 años o más que posee dos o más comorbilidades y está categorizada como G2 o G3.

Tabla 20. Diagnósticos más frecuentes en mayores de 40 años. Paine. 2021

Diagnósticos	Frecuencia
Dislipidemia	8967
Hipertensión esencial (primaria)	7616
Obesidad	6082
Diabetes mellitus no insulino dependiente	3170
Otros trastornos de ansiedad	2249
Hipotiroidismo	2110
Gonartrosis (artrosis de la rodilla) , (artrosis)	1675
Diabetes mellitus, no especificada	942
Asma	847
Coxartrosis (artrosis de la cadera) , (artrosis)	844
Poliartrosis, (artrosis)	465
Anemias por deficiencia de hierro	451
Tabaco y nicotina	428
Otras artrosis ,(artrosis)	417
Trastornos del sueño	274
Epilepsia	269

Salud de las personas mayores, familia y cuidadores

El Programa Nacional Salud Integral de Personas Mayores (PNSIPM) contempla la Atención Integral de Personas Mayores de 65 años.

Considerando que la Estrategia en Salud 2011- 2020, en las Personas Mayores, tiene como objetivo la mantención de la funcionalidad para prevenir la discapacidad y la dependencia, es que toma gran relevancia la realización de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) en APS, este es sin duda, la puerta de entrada para la mayoría de las atenciones en Personas Mayores. Este examen está dirigido a las personas de 65 años y más, permite medir la funcionalidad, detectar problemas de salud y/o factores de riesgo generando un Plan de Atención y Seguimiento.

Este tipo de atención integral facilita el reconocimiento de la multimorbilidad de los usuarios, permitiendo planificar acciones específicas para cada grupo, focalizándolas en aquellos de riesgo y organizando los recursos humanos y materiales de los establecimientos de APS, de igual forma genera la activación de redes que sean necesarias para mantener y/o mejorar la salud de las Personas Mayores. Los niveles de intervención van son la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación. El proceso de atención debe permitir que las Personas mayores reciban un servicio multidisciplinario y continuo, a través de los diferentes niveles de atención del Sistema de Salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de la vida.

Principales problemas detectados

Durante la Pandemia los equipos de salud han debido priorizar las atenciones en relación a la emergencia sanitaria, además cabe destacar que desde el inicio la población de Personas Mayores fue la más afectada por las cuarentenas debido al riesgo que presentan.

Se ha dado prioridad a las atenciones de morbilidad tanto de patologías agudas como crónicas descompensadas, dejando para fases posteriores las prestaciones preventivas como el EMPAM, con esto se ha generado una disminución considerable de la PBC del PNSIPM.

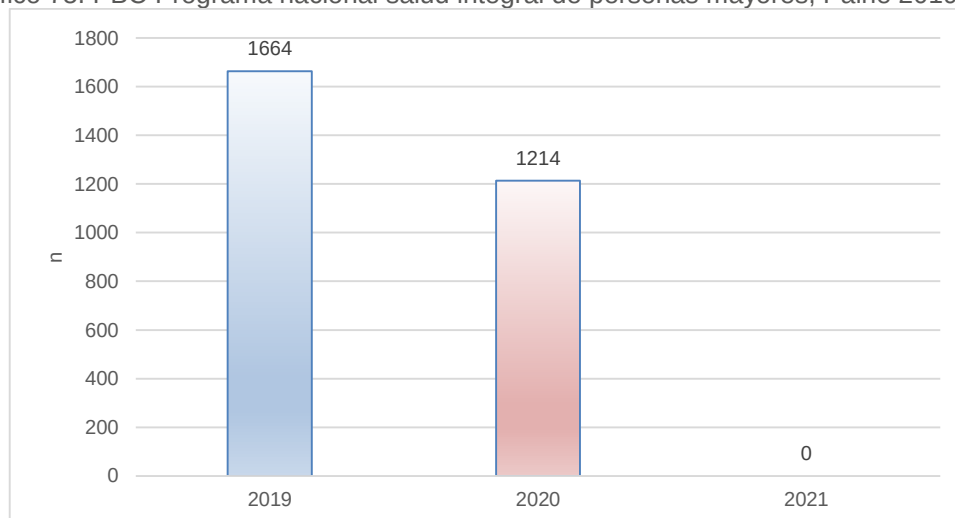
Es importante mencionar que el Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes ha trabajado permanentemente durante todo este periodo con la Población de Personas mayores, intentando mantenerlos cercanos a los centros de salud y realizando las intervenciones y derivaciones necesarias.

Población Bajo Control PNSIPM

Como se mencionó anteriormente la Población Bajo Control de Personas Mayores está constituida por las Personas Mayores con EMPAM vigente (1 año). Al respecto hubo una disminución en la aplicación de este instrumento, sin aplicarse hasta junio 2021, en sector tanto urbano como rural.

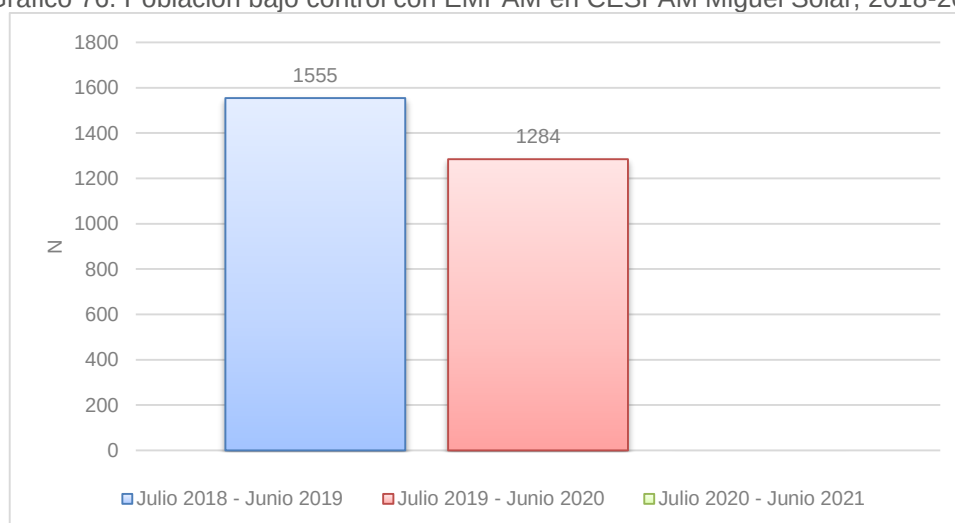


Gráfico 75. PBC Programa nacional salud integral de personas mayores, Paine 2019-2021



Fuente: REM P 05 Sección A: Población en control por condición de funcionalidad; 2019, 2020 y 2021

Gráfico 76. Población bajo control con EMPAM en CESFAM Miguel Solar, 2018-2021



Fuente: Plataforma IRIS Actividades Examen de Medicina preventiva del adulto mayor.

Diagnóstico nutricional en Personas Mayores

A partir de la información disponible en DEIS, es posible observar la distribución según diagnóstico nutricional de las personas mayores, destacando que durante el 2020, el 52% corresponde a mal nutrición por exceso.

Tabla 21: Distribución del diagnóstico nutricional en personas mayores, 2017-2020

Año	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
2020	269	1241	905	727
2019	311	1236	979	764
2018	280	1141	955	704
2017	275	957	753	672

Prevalencia de Multimorbilidad en Personas Mayores

Si analizamos la población de Personas mayores estratificada, los datos son los siguientes:

Tabla 22.a Población Bajo Control Estratificada de Personas mayores.

Edad/nivel	G0	G1	G2	G3
65 a 69	824	367	1046	598
70 a 74	476	251	833	605
75 a 79	297	139	622	480
90 y más	358	153	736	607
Total	1955	910	3237	2290

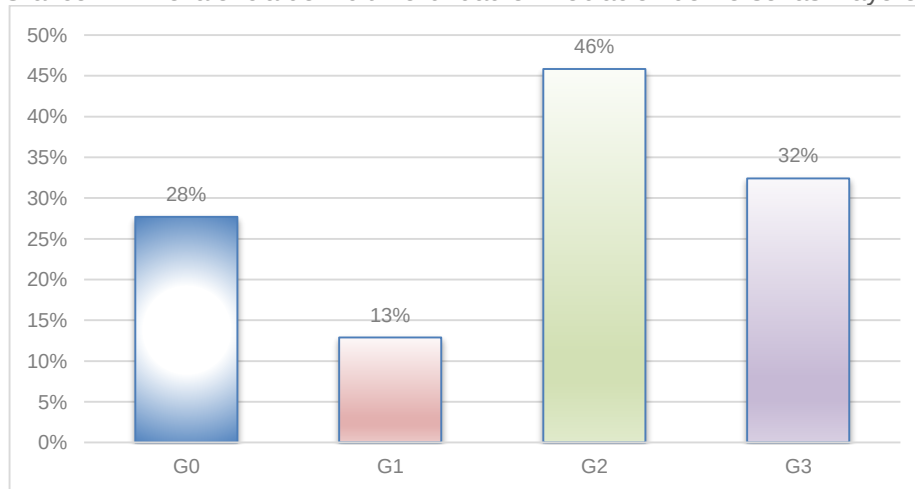
Fuente elaboración Propia según datos Plataforma IRIS.

Tabla 22.b. Tasa PBC Estratificada comunal de Personas Mayores

PIV > 65 años	
7.062	
Estratificación	%
G0	28%
G1	13%
G2	46%
G3	32%

La prevalencia de multimorbilidad en la Población bajo control de Personas Mayores de la Comuna de Paine se resume en el siguiente gráfico:

Grafico 77. Prevalencia de Multimorbilidad en Población de Personas Mayores.



Fuente: Elaboración Propia según datos Plataforma IRIS

Prevalencia Multimorbilidad en Personas Mayores según rango etario

Sumado a lo anterior, los siguientes datos dan a conocer la Prevalencia de Multimorbilidad en las Personas mayores y cómo se distribuyen los niveles de estratificación en los diferentes rangos etarios, destacando una mayor prevalencia de G2 y G3 que aumenta en la medida en que avanza la edad. Esto es relevante

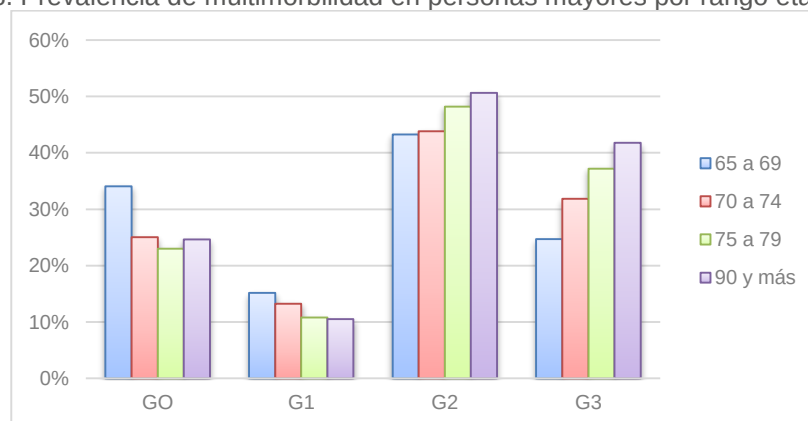
pues la multimorbilidad opera como predictor de mala percepción de salud, discapacidad y una menor calidad de vida de las personas.

Tabla 23. Población Bajo Control estratificada de Personas Mayores

Rango etario	G0	G1	G2	G3
65 a 69	824	367	1046	598
70 a 74	476	251	833	605
75 a 79	297	139	622	480
80 y más	358	153	736	607
Total	1955	910	3237	2290

Fuente: FONASA

Gráfico 78. Prevalencia de multimorbilidad en personas mayores por rango etario, Paine 2021.

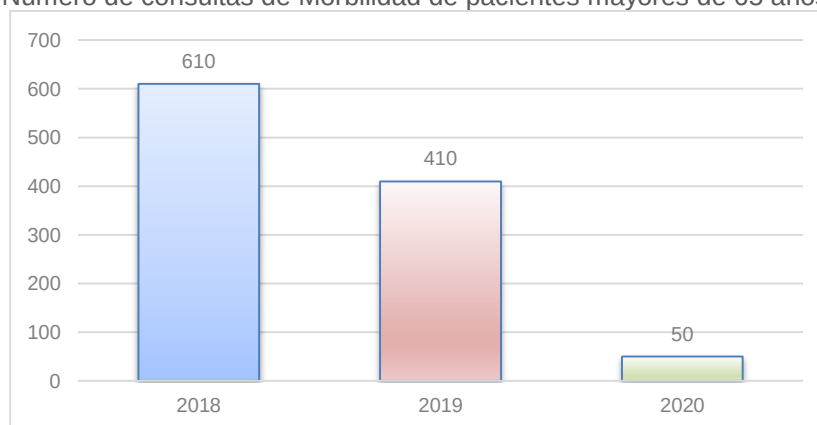


Fuente Elaboración propia datos extraídos de Plataforma IRIS y PIV 2021

Programa Dental

En la atención odontológica las personas mayores disminuyeron sus consultas de morbilidad entre 2018 y 2019, en el sector urbano. Este tipo de consultas, a medida que la población tienda a estar más sana del punto de vista odontológico, deben disminuir. El brusco descenso del 2020 es justificado por la priorización de atenciones efecto de la Pandemia.

Gráfico 79. Número de consultas de Morbilidad de pacientes mayores de 65 años, 2018-2020.



Fuente: REM A09 sección A-

Programa de Dependencia Severa

A nivel comunal es posible observar las personas bajo el programa PADDs, con y sin escaras. De tal forma, entre el 2017 y el 2020 se presenta una brecha en el cumplimiento de las orientaciones técnicas (92%).

Tabla 24: Personas bajo el programa PADDs

	PADDs	Personas sin escaras	Cumplimiento	Diferencia
2020	226	202	0,89380531	-3%
2019	258	226	0,87596899	-4%
2018	220	186	0,84545455	-7%
2017	183	162	0,8852459	-3%

Por último, se puede observar en la siguiente tabla los principales motivos de consulta entre 2018 y 2020 en urgencia por parte de las personas mayores y que fueron categorizados como C1-C3.

Tabla 25: Principales motivos de consulta en urgencia de personas mayores

	2018	2019	2020	Total general
Hipertensión esencial (primaria)	177	204	122	503
EPOC con exacerbación aguda, no especificada	86	117	36	239
Neumonía bacteriana	54	99	20	173
Cefalea	71	68	23	162
Bronquitis aguda	91	61	9	161
Dolor abdominal localizado en parte superior	78	37	15	130
Hiperglicemia, no especificada	41	40	41	122
Colitis y gastroenteritis no infecciosas, no especificadas	57	33	14	104
Contusión	33	37	33	103
Dolor en el pecho, no especificado	54	26	15	95

Programa Salud de la mujer e ITS/VIH

El Propósito del Programa de Salud de la Mujer es contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que incluya la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.

Se relaciona en forma transversal con todos los ciclos vitales, incorporando las dimensiones de Salud Familiar y tiene especial cercanía al Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial del Sistema de Protección Chile Crece Contigo.

Principales problemas detectados

Se consideran 4 dimensiones o áreas: Reproductiva, Ginecológica, Período post reproductivo o Climaterio e ITS/VIH.

Para cada área, se detectaron diversos problemas, de los cuales se eligieron los siguientes para análisis:

Tabla 26. Cuadro resumen de principales problemas detectados, por área.

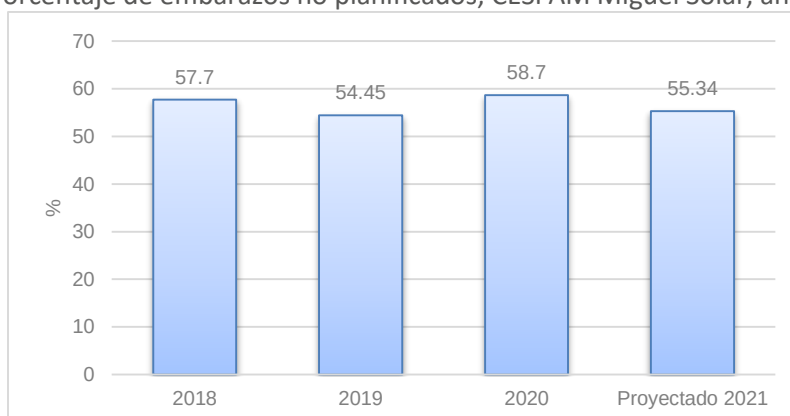
Área	Problema detectado
Reproductiva	Alto porcentaje de embarazo no planificado
Ginecológica	Alta demanda de horas para morbilidad ginecológica.
	Baja cobertura de PAP
	Alta mortalidad por CaCU
Climaterio ITS/VIH	Alta mortalidad por Ca de mama
	Baja cobertura Programa de climaterio
	Disminución de pesquisa de VIH.

Área reproductiva

Alto porcentaje de embarazo no planificado.

Se considera Planificación de un embarazo, a la toma de acciones a nivel de salud por parte de la mujer, que incluyan la preparación física, emocional y social de forma previa a la gestación. Dentro de la canasta de prestaciones, se establece el control preconcepcional, cuyo objetivo es evaluar la condición de salud de la mujer con el fin de decidir informada y responsablemente sobre un próximo embarazo. En un estudio de Unesco y Unicef, el 50% de los embarazos en Chile no son planificados, lo que se sostiene especialmente por el embarazo adolescente y en mujeres mayores. Las mujeres que más planifican se encuentran entre los 30 y 34 años, pero no superan al 60%. La planificación de embarazo llega a 62,25% en el grupo ABC1 y desciende a 40% en los grupos D y E por lo que también hay un factor de inequidad según ingresos. En Paine, la pobreza por factores multidimensionales alcanza el 22,33% por sobre la media nacional. El área urbana de Paine presenta altos porcentajes de embarazo no planificado y baja asistencia a control Preconcepcional:

Gráfico 80. Porcentaje de embarazos no planificados, CESFAM Miguel Solar, año 2018 a 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de REM A05

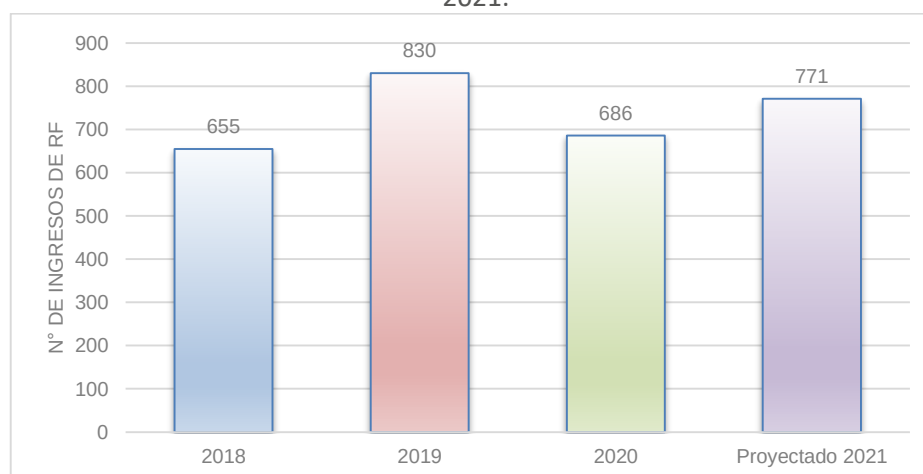
Tabla 27. Controles Preconcepcionales, CESFAM Miguel Solar, Año 2018-2021

	2018	2019	2020	Junio 2021
Nª de controles	84	66	22	35

Fuente: Elaboración propia a partir de Informes estadísticos Rayen

Dentro de los condicionantes para este alto porcentaje, la cobertura del programa de regulación de la fecundidad es limitada, dando respuesta a la demanda espontánea y no se promueve públicamente la utilización de métodos anticonceptivos. Lo anterior puede verse reflejado en el escaso aumento de la cobertura de regulación de fecundidad, y asociándose en forma indirecta a la oferta de Ingreso al Programa y al acceso de métodos anticonceptivos. A mayor número de ingresos de regulación de fecundidad, menor porcentaje de embarazo no planificado.

Gráfico 81. Número de Ingresos de Regulación de fecundidad, CESFAM Miguel Solar, años 2018 a 2021.



Fuente Elaboración propia con datos de REM A01

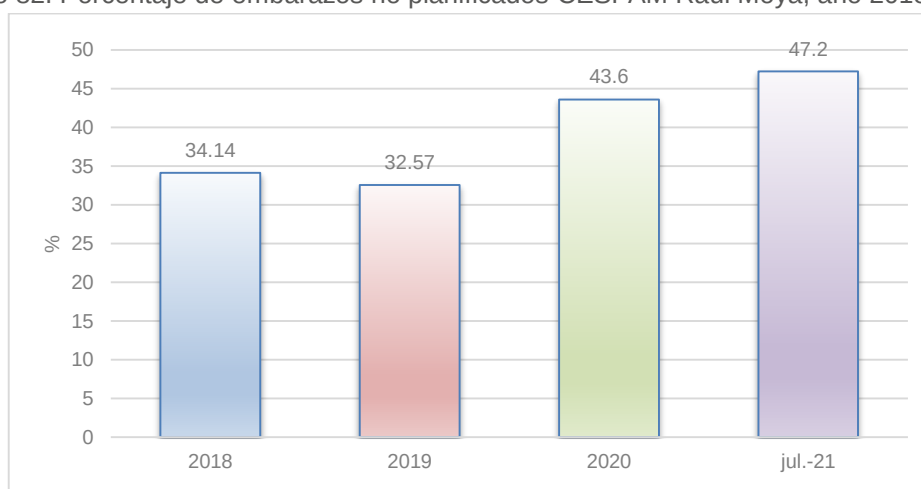
Tabla 28. Población bajo control Programa de Regulación de Fertilidad, CESFAM Dr. Miguel Solar, Año 2018-2021.

N° de mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad	Año			
	2018	2019	2020	jun-21
	4309	4075	4465	4671

Fuente Elaboración propia según REM P1

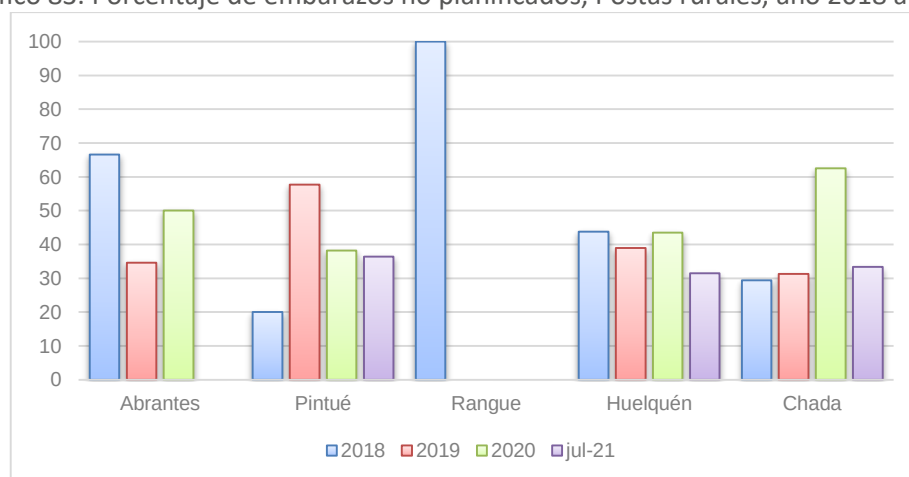
Respecto del área perteneciente al CESFAM Raúl Moya, la situación se presenta en forma similar a la perteneciente al CESFAM Dr. Miguel Solar.

Gráfico 82. Porcentaje de embarazos no planificados CESFAM Raúl Moya, año 2018 a 2021.



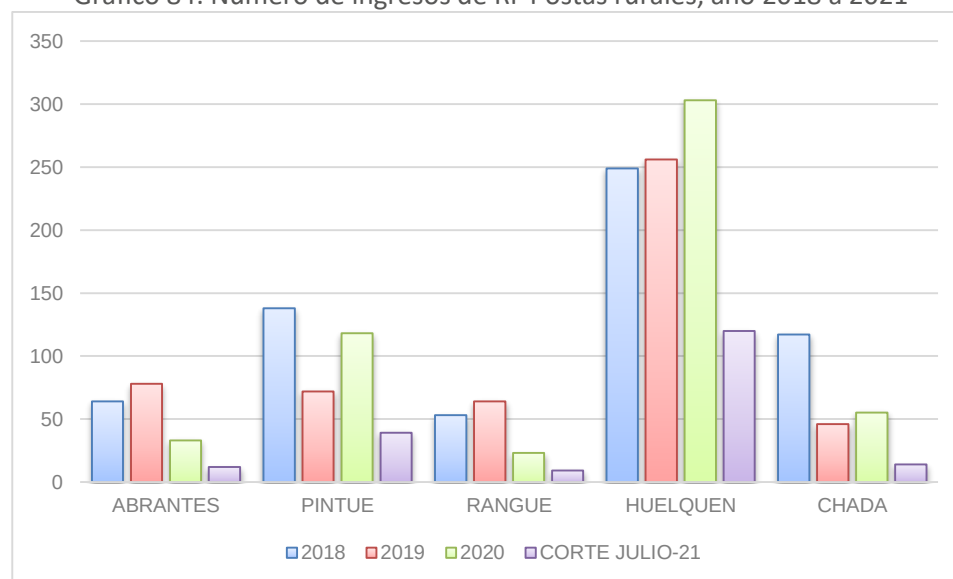
Fuente: Elaboración propia a partir de REM A05

Gráfico 83. Porcentaje de embarazos no planificados, Postas rurales, año 2018 a 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de REM A05.

Gráfico 84. Número de ingresos de RF Postas rurales, año 2018 a 2021



Fuente Elaboración propia con datos de REM A01

Dentro de las causas analizadas, se encuentran:

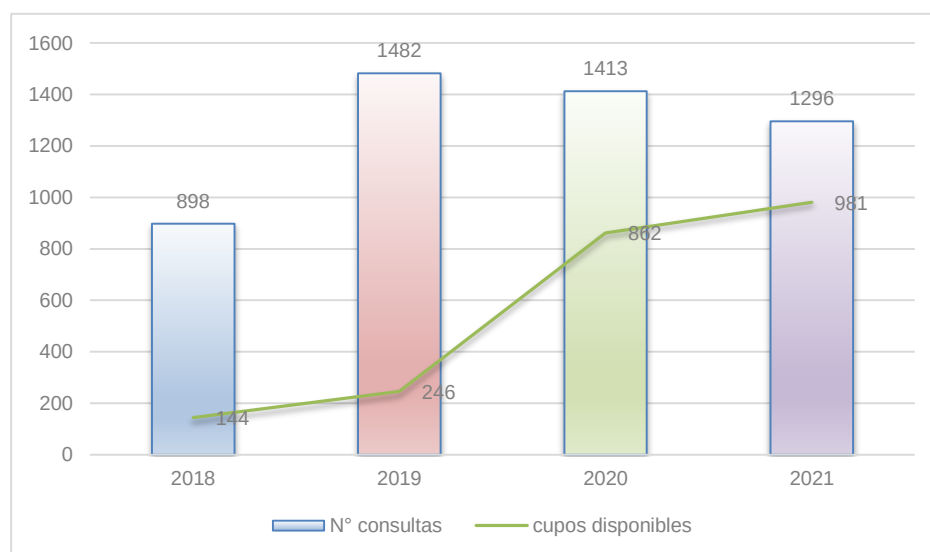
1. La desinformación de los/as usuarias /os sobre las prestaciones de Regulación de Fecundidad de cada centro de Salud, entendiendo que dichas prestaciones en tiempos de Pandemia seguían otorgándose, ya sea de forma presencial o remota.
2. Disminución de Talleres Educativos en la población adolescente y adulta por aforo reducido según las fases en la que se encontraba la Comuna.
3. Alta inasistencia de las usuarias a retiro de Métodos Anticonceptivos por temor al contagio.
4. En el área rural, afectó la unificación de la atención en una sola Posta por sector de todas las Prestaciones con ausencia de box, dificultad geográfica y de locomoción de las Postas de Rangue, Abrantes y Chada.

Área Ginecológica

Alta demanda de horas para morbilidad ginecológica.

A contar del año 2020, en respuesta a la pandemia, se implementa en CESFAM Miguel Solar un sistema de gestión de demanda telefónica lo que posteriormente es abordado por el Proyecto de Teletriage. En este proyecto se incorpora la variable de solicitud de hora para morbilidad ginecológica. Desde entonces se ha visualizado la demanda real y se ha notado la escasa oferta para resolver esta demanda.

Gráfico 85. Consultas y cupos disponibles de morbilidad ginecológica, CESFAM Miguel Solar, año 2018-2021



Fuente: Elaboración Propia a partir de REM A04 y Rayen

El no disponer de cupos específicos para resolver la demanda de morbilidad ginecológica, implica que ésta se resuelve en el extrasistema, generando desigualdad en el acceso, o que el diagnóstico y tratamiento de patología ginecológica sea en forma tardía.

Dentro de los principales motivos de consulta, se encuentran:

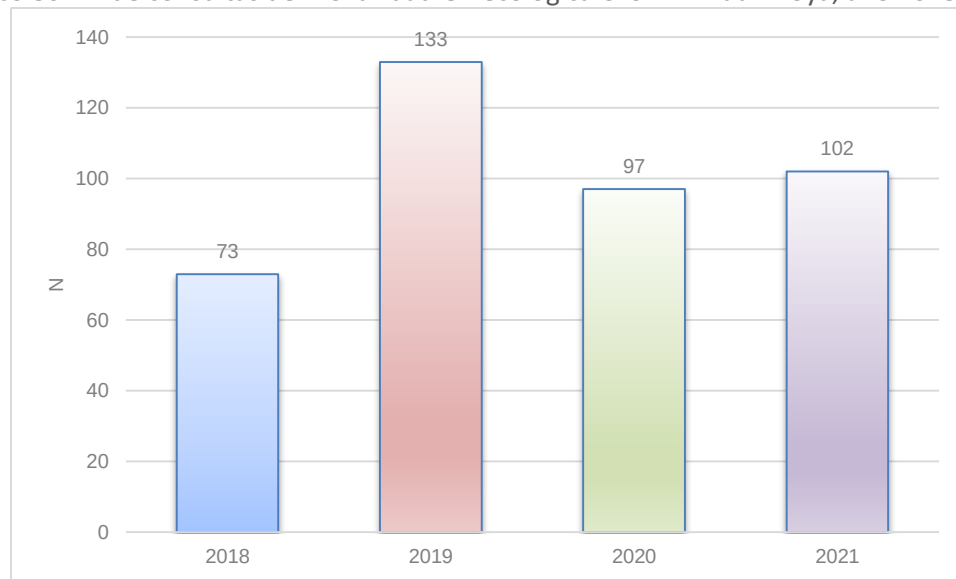
1. Vulvovaginitis y vaginosis bacteriana.
2. Dismenorrea
3. Mastodinia

La estrategia educacional y el uso de tecnologías de la información pueden ser claves en el abordaje de esta demanda, dado que se relaciona con escaso conocimiento de la anatomía femenina y hábitos saludables o preventivos.

Respecto, a la alta demanda de horas para Morbilidad Ginecológica en el CESFAM Raúl Moya y Postas Rurales se ve aumentado por la falta de Controles anuales (Ginecológico Preventivos y educativos), ya que las usuarias asistían al centro de Salud una vez avanzada las molestias Ginecológicas. Asimismo, la desinformación existente llevó a consultar por atenciones Ginecológicas por Morbilidad debido a las agendas reducidas a esta prestación.

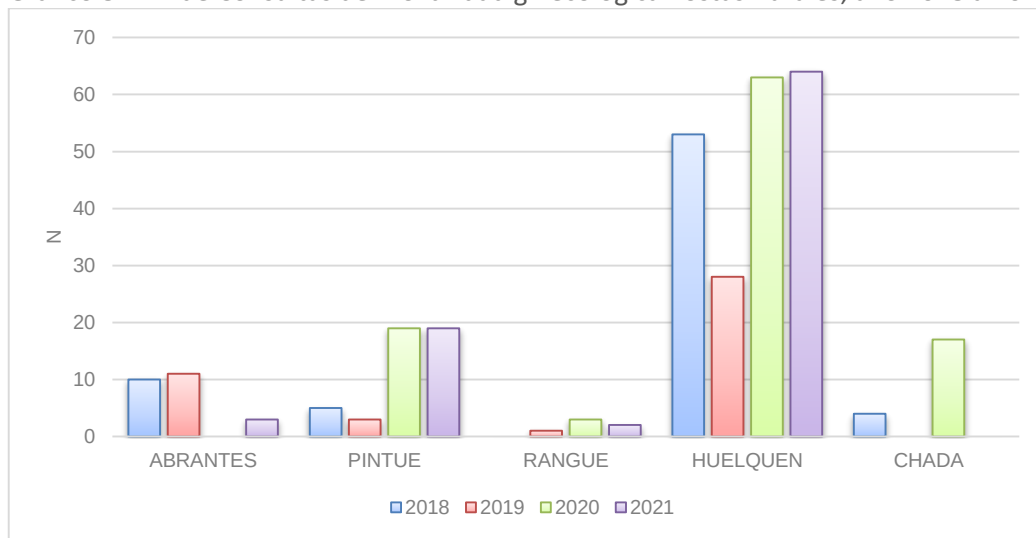
Por otra parte, se detecta disminución de horas matronas para destinarlas en labores COVID, incumpliendo el porcentaje de horas de acuerdo con la población, centrando la atención en Posta Pintué y Huelquén aumentado de esta forma la demanda de atención.

Gráfico 86. N° de consultas de Morbilidad Ginecológica CESFAM Raúl Moya, año 2018 a 2021



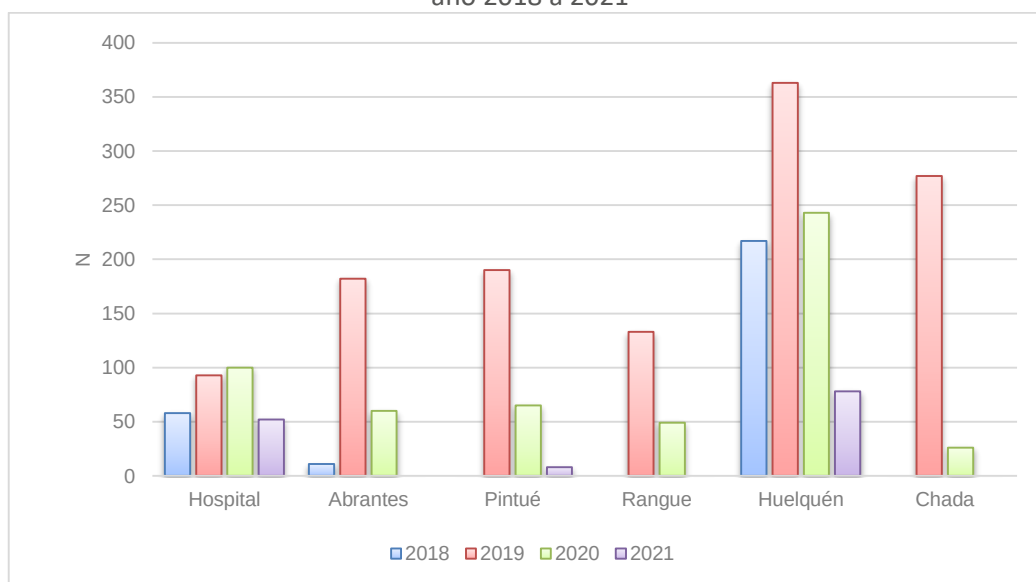
Fuente: Elaboración Propia a partir de REM A04

Gráfico 87. N° de Consultas de Morbilidad ginecológica Postas Rurales, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia a partir de REM A04

Gráfico 88. Cupos disponibles de Consulta Morbilidad Ginecológica, CESFAM Raúl Moya y Postas, año 2018 a 2021

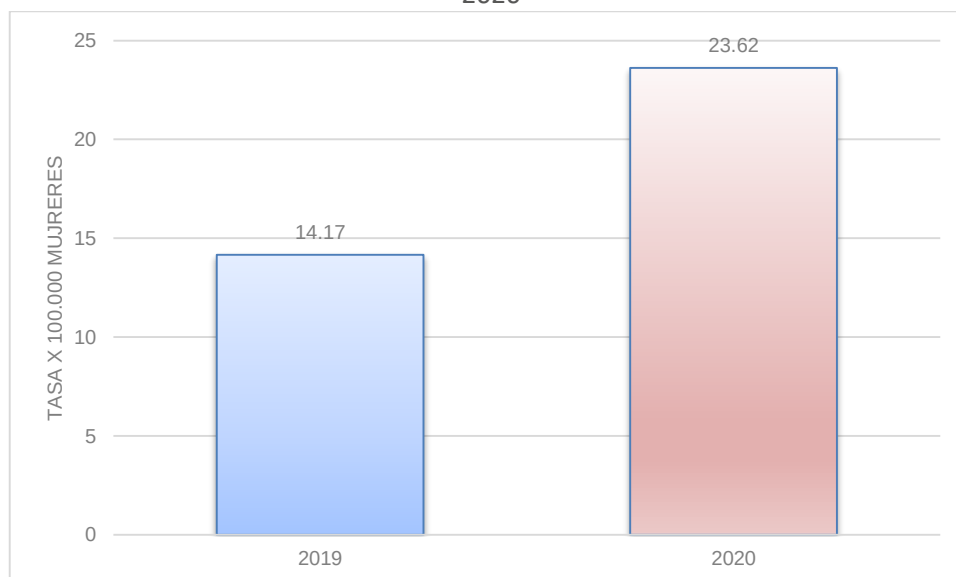


Fuente: Elaboración Propia a partir de datos estadísticos de Rayen

Baja cobertura de PAP y alta mortalidad por Cáncer Cervicouterino (CaCU)

La comuna de Paine presenta una alta tasa de mortalidad por CaCU muy por sobre el promedio nacional del 2018, que se estimó en 5 por cada 100.000 mujeres.

Gráfico 89. Tasa de mortalidad por Cáncer CU por 100.000 mujeres, Comuna de Paine, año 2019 y 2020

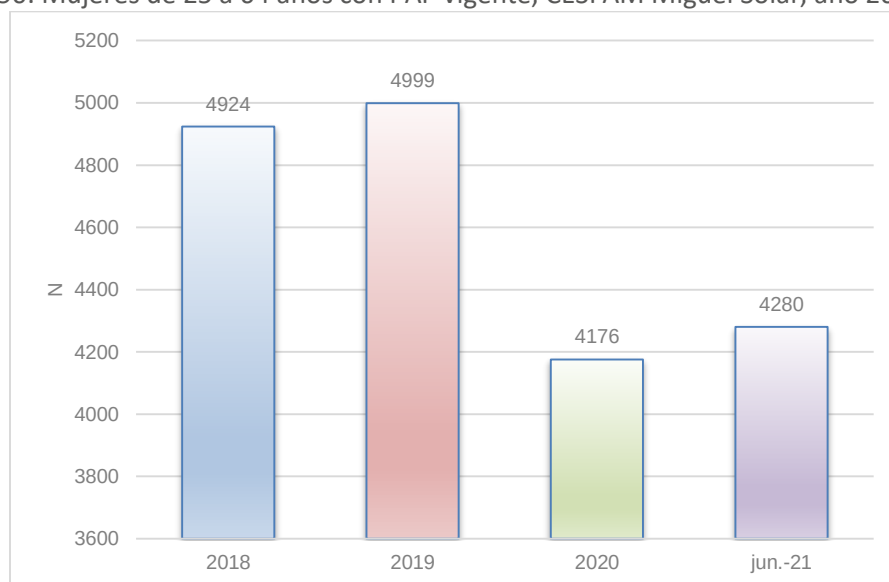


Fuente: Elaboración propia a partir de datos mortalidad específica por cáncer del SSMS.

En la RM, las tasas más altas de mortalidad por CaCU pertenecen a las comunas rurales, es decir, la ruralidad es una condicionante de la alta tasa de mortalidad.

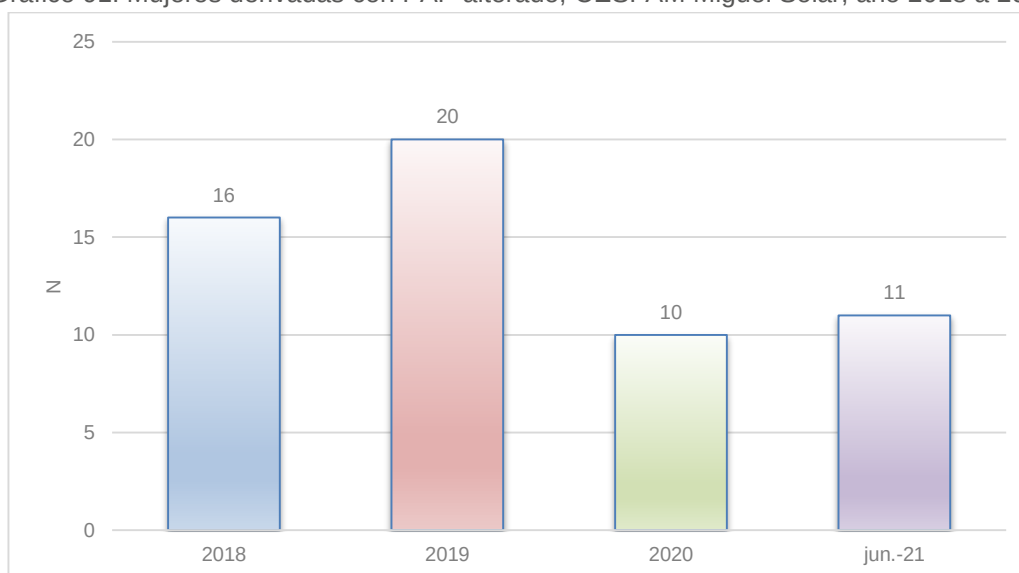
Paine presenta un índice de ruralidad comunal de 59.74, la cuarta más alta de la región metropolitana en 2019.

Gráfico 90. Mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente, CESFAM Miguel Solar, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de REVICAN

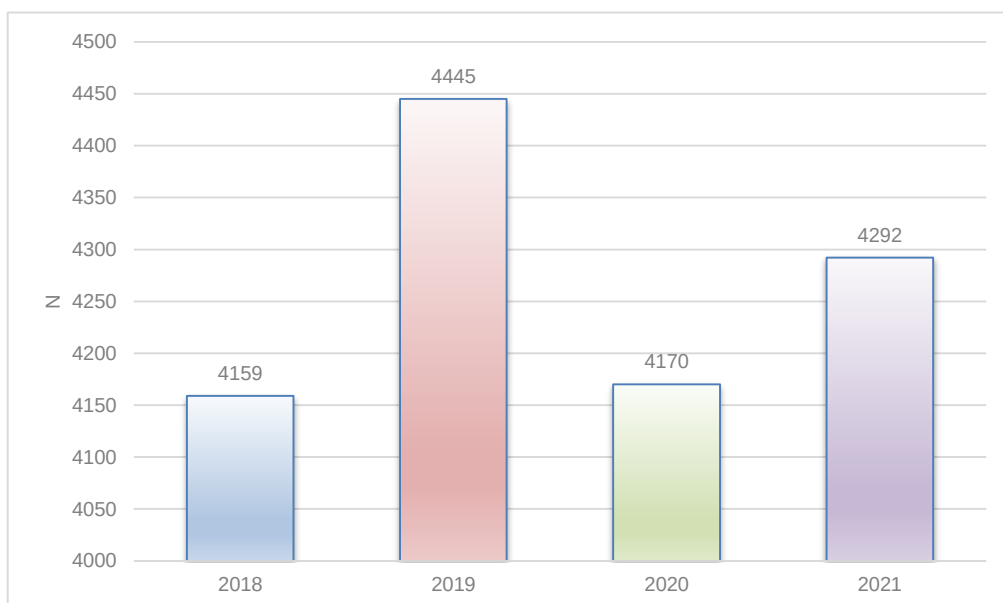
Gráfico 91. Mujeres derivadas con PAP alterado, CESFAM Miguel Solar, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de REVICAN

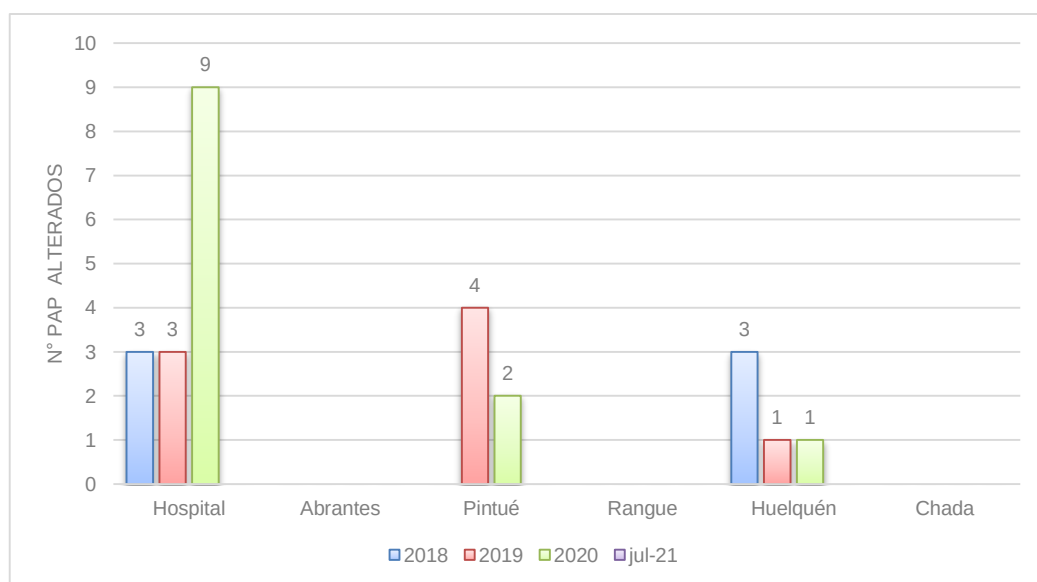
En los gráficos se puede apreciar una baja considerable en la cobertura de PAP en la población de mujeres de 25 a 64 años durante los años 2020 y 2021 lo que se refleja en la baja pesquisa de lesiones precursoras del CaCU en los mismos años.

Gráfico 92. Mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente, CESFAM Raúl Moya y Postas Rurales, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de REVICAN

Gráfico 93. Mujeres derivadas con PAP alterado, CESFAM Raúl Moya y Postas rurales, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de REVICAN

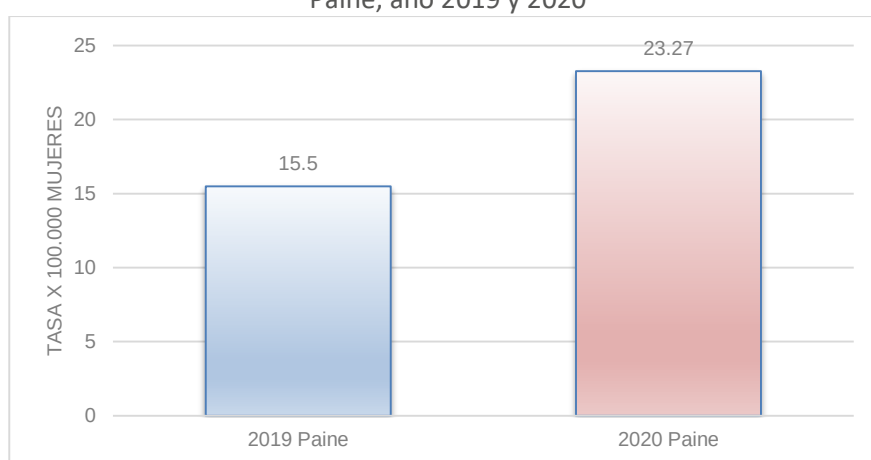
En el área rural de la comuna, referente baja cobertura, se analiza de forma crítica la modificación de las agendas por contingencia sanitaria atendiendo lo urgente en ámbitos ginecológicos. Además de prestar apoyo a labores de contingencia COVID, lo cual se ve reflejado en la disminución de horas ginecológicas.

En relación con las Postas, se detecta una brecha ligada a la falta de oferta de atención en horario extendido, ya que la gran población trabaja en sector agrícola, con horarios de salida superior a la jornada normal de atención. Además de la falta de operativos comunitarios para suplir esta brecha.

Alta mortalidad por Ca de mama

El cáncer de mama es una enfermedad de alta prevalencia en el mundo entero. Lo mismo ocurre en nuestro país, donde constituye la segunda causa de muerte por tumores malignos en mujeres y su tasa de mortalidad alcanza a 13,3 / 100 mil mujeres. En la comuna de Paine la tasa de mortalidad para el 2020 fue de 23.27 por 100.000 mujeres, la segunda más alta del SSMS.

Gráfico 94. Tasa de mortalidad ajustada por Cáncer de mama por 100.000 mujeres, Comuna de Paine, año 2019 y 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos mortalidad específica por cáncer del SSMS

La mamografía es el único método que ha demostrado hasta el momento beneficios en cuanto a la reducción de la mortalidad si su cobertura supera el 70%. Esta forma de cribado puede reducir la mortalidad por cáncer mamario en un 20 a 30% en las mujeres de más de 50 años.

En la tabla 29 se muestra que, en la población de mujeres de 50 a 69 años de la comuna, se requiere de realizar 3171 mamografías para alcanzar una cobertura de 80%.

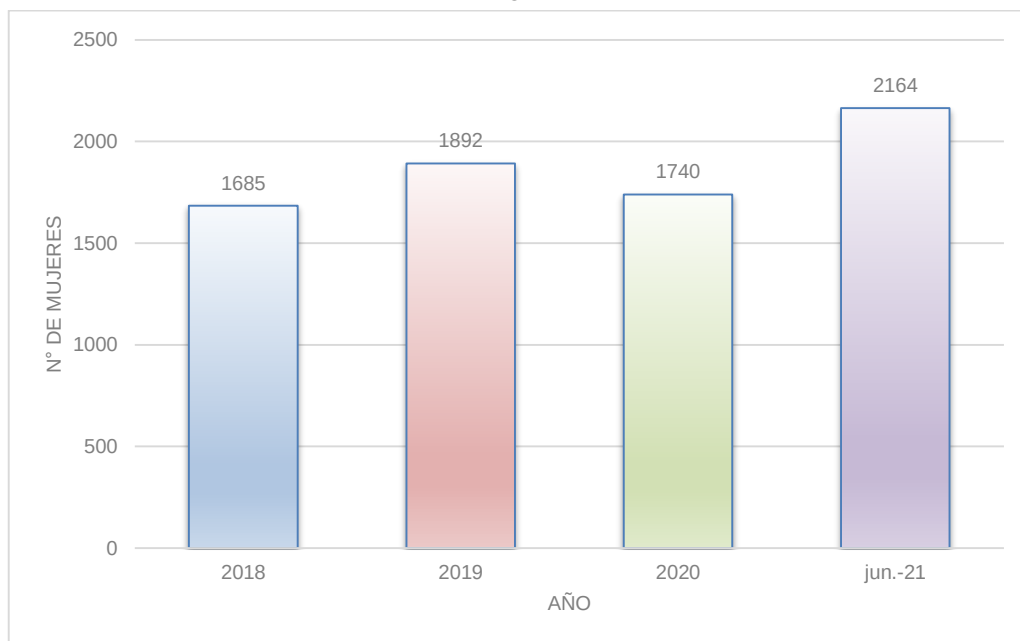
Tabla 29. Brecha entre N° mujeres con Mamografía vigente a junio 2021 y N° mujeres esperadas con 80% de cobertura, Paine.

REM P12	Población 2021 mujer es 50 a 69 años	80% cobertura vigente en 3 años	Estimación de perdida vigencia de mx	Proyección vigencia mx año 2021	Brecha entre n° mujeres con mx vigente a junio 2021 y n° mujeres esperadas con 80% de cobertura
3577	6945	5556	1192	2385	3171

Fuente: SSMS

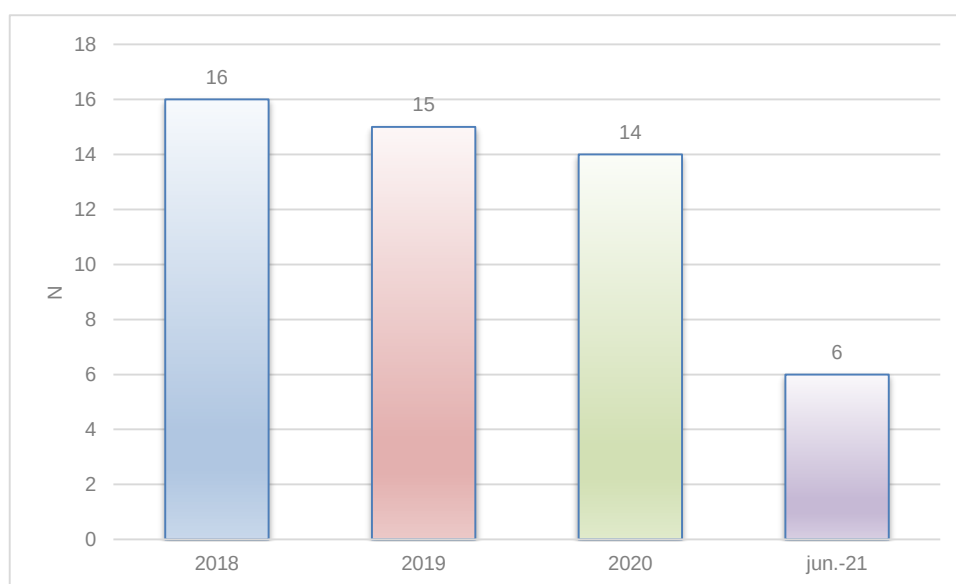
Respecto de la pesquisa por imágenes de sospecha de Ca de mama, no se ha notado un incremento importante, lo cual se puede relacionar a la baja cobertura, la falta de consulta para primera mamografía y nuevamente relacionado con el nivel de instrucción y educación respecto de salud.

Gráfico 95. Mujeres de 35 y más años con mamografía vigente, CESFAM Miguel Solar, año 2018 a 2021



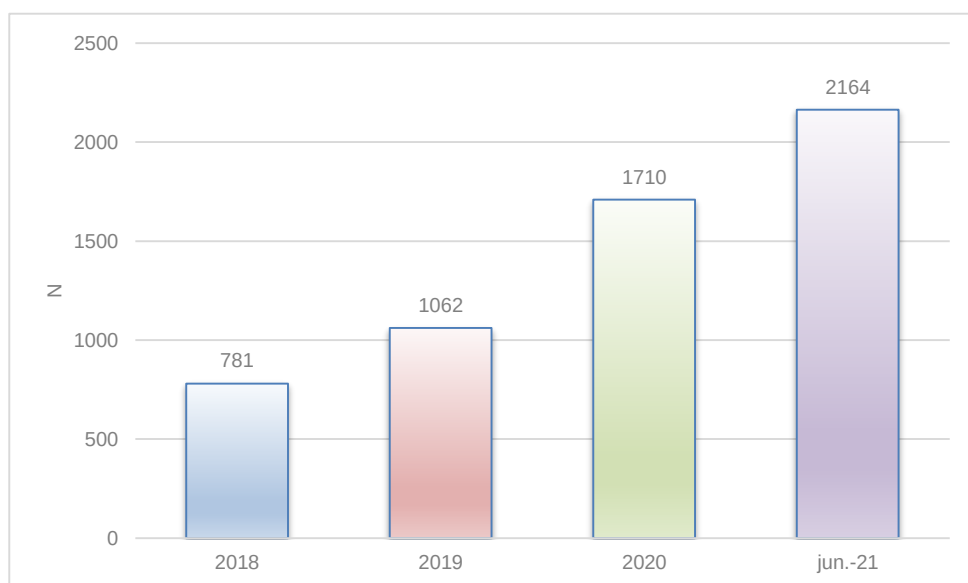
Fuente: Elaboración Propia con datos de REM P1

Gráfico 96. Mujeres derivadas con sospecha de Ca de mama por imágenes, CESFAM Miguel Solar, año 2018-2021.



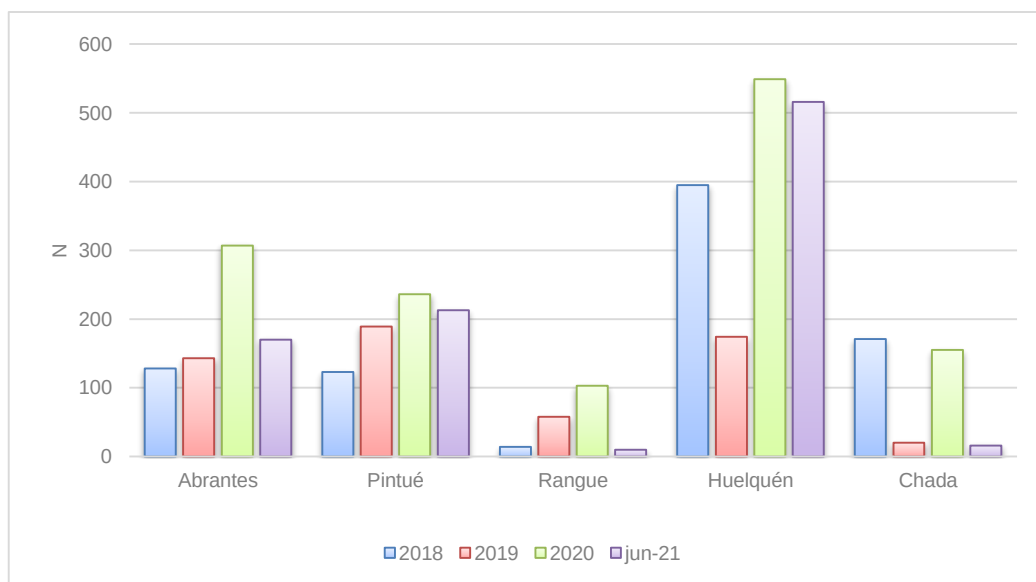
Fuente: Elaboración propia con datos GES de Rayen

Gráfico 97. Mujeres de 35 y más años con mamografía vigente, CESFAM Raúl Moya, año 2018 a 2021



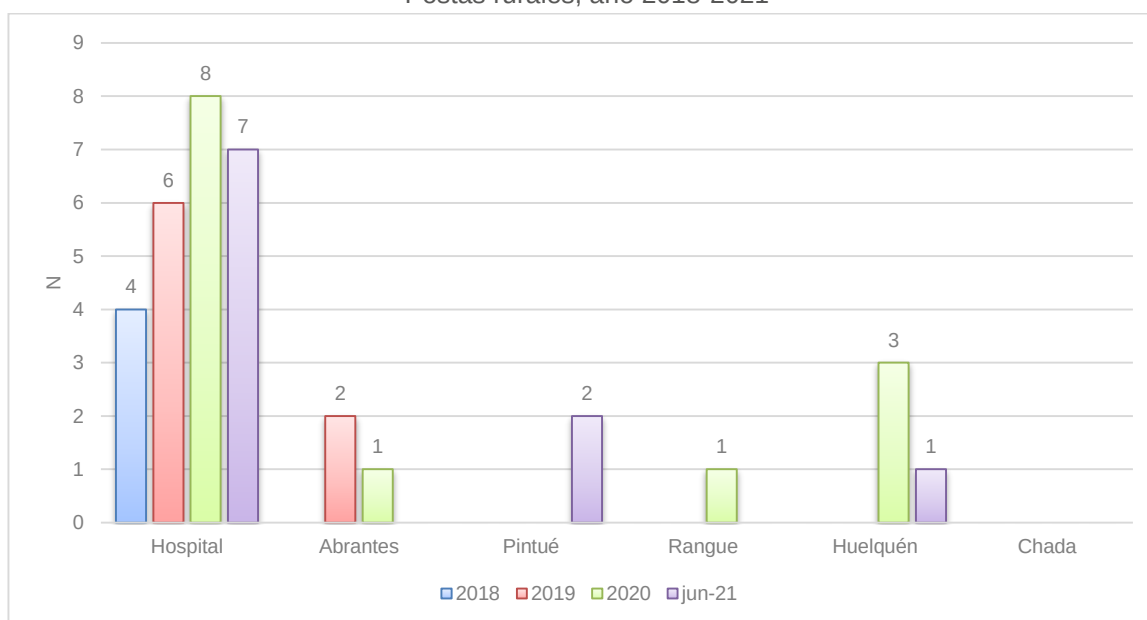
Fuente: Elaboración Propia con datos de REM P1

Gráfico 98. Mujeres de 35 y más años con mamografía vigente, Postas rurales, año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de REM P1

Gráfico 99. Mujeres derivadas con sospecha de Ca de mama por imágenes, CESFAM Raúl Moya y Postas rurales, año 2018-2021



Fuente: Elaboración propia con datos GES de Rayen

Al analizar los datos del área rural de la comuna, se visualiza que dentro del convenio con los centros Médicos, se extiende en el año 2021 el rango etario de exámenes preventivos de 35 años en adelante ya que la información obtenida en años anteriores se limitaba la edad y sólo con exámenes físicos mamarios positivos para la realización del Examen, teniendo en años anteriores menos pesquisa por la información antes mencionada.

Por otra parte, se ha detectado una migración por Pandemia de usuarias que hacen uso de dicha prestación sin regularizar su situación de inscripción en nuestros centros.

Área Climaterio

Baja cobertura Programa de climaterio

El climaterio es el período de transición de la mujer, desde la madurez sexual hasta la senectud, consecuencia de la claudicación de las gónadas femeninas. En el climaterio, la salud de la mujer y su calidad de vida están determinadas por los cambios hormonales propios del período, su condición de salud previa, las enfermedades emergentes, sus características psicológicas, su estilo de vida y factores ambientales, los cuales pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas tales como patologías cardiovasculares, osteoporosis, afecciones urogenitales entre otras.

Es posible enfrentar todos estos problemas de manera coordinada y eficiente, siempre que se cuente con un programa planificado y recursos. La cobertura del control de climaterio en el Sistema Público chileno, en el grupo de 45 a 64 años,

alcanza 11.9%. En nuestra comuna se encuentra alrededor del 2.97% cifra que se debe aumentar, ya que el control de este grupo de edad es una gran oportunidad para fomentar la salud realizando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Factores que influyen en la baja cobertura del programa, se relacionan con el trabajo no remunerado principalmente como cuidadoras de adultos mayores (padres) o niños (nietos) de las mujeres objetivo del programa, de 45 a 64 años.

Tabla 30. Población inscrita validada, población bajo control Programa Climaterio y porcentaje de cobertura poblacional del programa, CESFAM Miguel Solar, CESFAM Raúl Moya y Postas rurales y Total comunal Paine, año 2021

	<i>PIV 2021 mujeres 45 a 64 años</i>	<i>PBC climaterio 2021</i>	<i>% cobertura</i>
<i>CESFAM Miguel solar</i>	4391	60	1,40%
<i>CESFAM Raúl Moya y PSR</i>	3344	170	3,87%
<i>Total comunal</i>	7735	230	2,97%

Fuente: Elaboración propia con datos de REM P1

En este indicador se ve la poca adherencia y por ende la baja cobertura de ingreso al programa climaterio. Un antecedente importante es, hasta 2020, la falta de convenios de realización de ecotomografía transvaginal para complementar el diagnóstico y poder entregar tratamiento hormonal para la disminución de sintomatología, con lo que no se cuenta ni en el CESFAM Raúl Moya y Postas. Asimismo, disminución de Talleres presenciales por contingencia sanitaria, los cuales aportan a la baja cobertura del Climaterio.

Área ITS/VIH

Disminución de la pesquisa de VIH

En Chile, la información epidemiológica disponible evidencia el aumento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, con especial énfasis en población joven. En este contexto, estas enfermedades se han constituido en una prioridad sanitaria para el país, debido al alto impacto social, psicológico y biomédico que implica, haciéndose necesario intensificar los esfuerzos que en esta materia se han venido desarrollando.

En este ámbito, la pandemia por COVID-19 ha mermado el acceso a la pesquisa en forma considerable, según puede observarse en la tabla 26, mostrando disminución de los exámenes tomados en los años 2020 y lo que va de 2021:

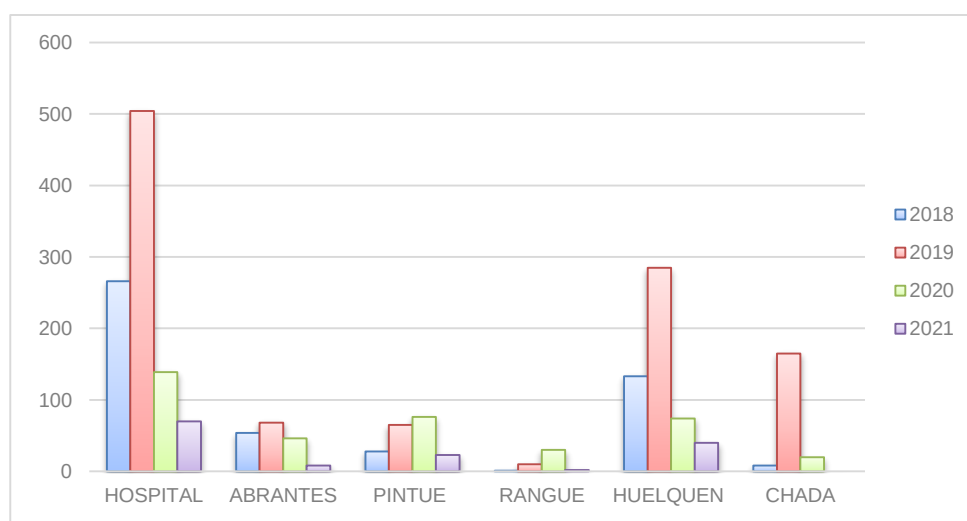
Tabla 31. Número de toma de muestra para VIH, CESFAM Miguel Solar, año 2018 a 2021

Año	N° toma de muestras para VIH
2018	1082
2019	1169
2020	428
2021	111

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de SURVIH

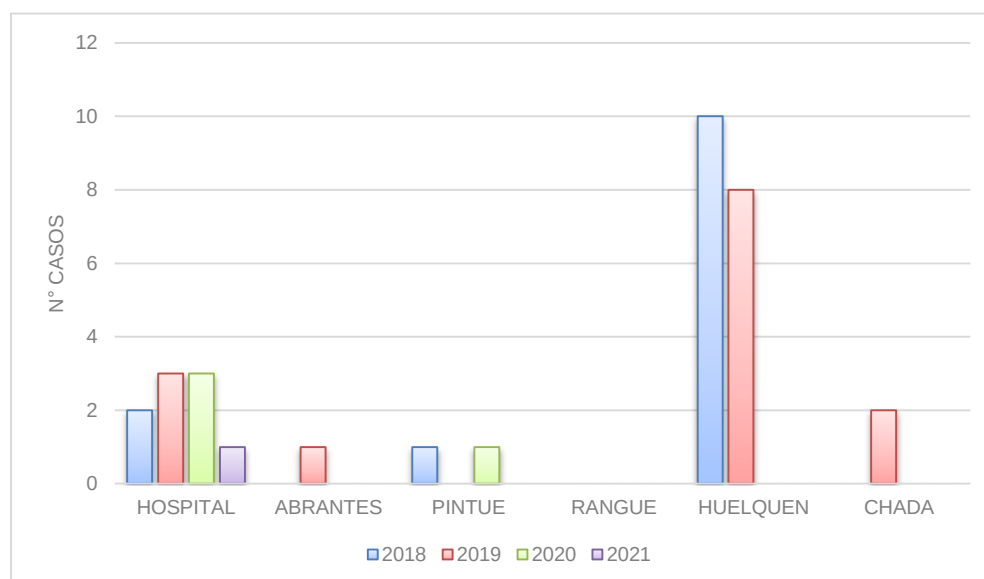
La misma situación se observa en CESFAM Raúl Moya y PSR

Gráfico 100. Exámenes tomados VIH CESFAM Raúl Moya y Postas año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de SURVIH.

Gráfico 101. Casos VIH Positivos CESFAM Raúl Moya y Postas año 2018 a 2021



Fuente: Elaboración propia con datos GES de Rayen

En cuanto, al alza de casos en Postas Rurales tales como Huelquén, en años anteriores se encuentra ligado al aumento de población migrante con enfermedad activa diagnosticada sin tratamiento, siendo el personal de salud de nuestros Centros los encargados de realizar la educación y derivación a la Red de Salud correspondiente.

El perfil epidemiológico de los casos de personas viviendo con VIH en la comuna, corresponde mayoritariamente a hombres chilenos, sin embargo, al igual que en la realidad nacional, el número de mujeres y migrantes de ambos sexos pesquisados, se encuentra al alza, siendo entonces, grupos objetivos importantes.

Programa Odontológico

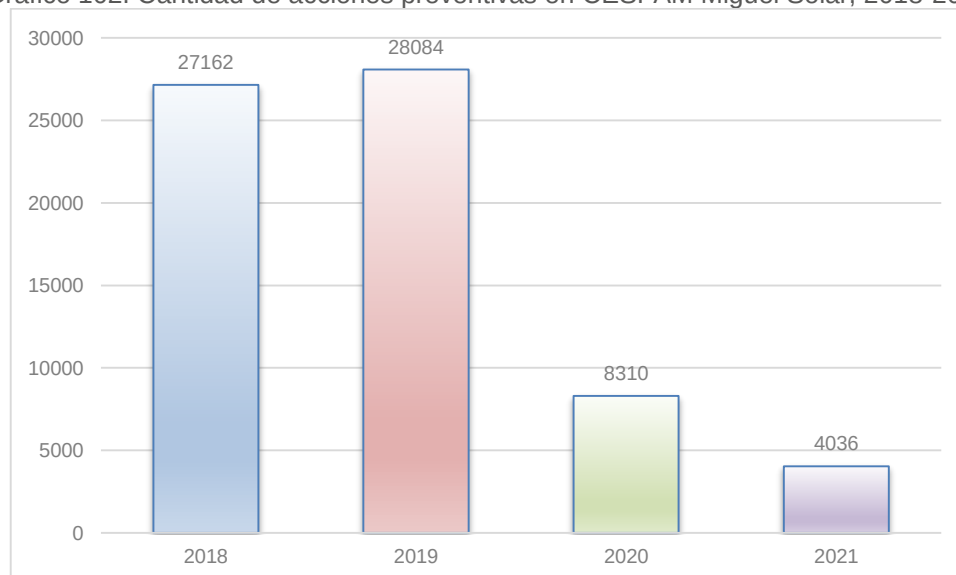
El Programa Odontológico en el Nivel Primario de Salud otorga prestaciones sanitarias de Odontología General, cuyo principal enfoque es la promoción, prevención y recuperación de la salud bucodental de la población beneficiaria de los centros de salud de la comuna de Paine.

A grandes rasgos podemos señalar que las atenciones integrales (ingresos, controles y sesiones de tratamiento) están enfocadas en la población de 0 a 20 años, además de las pacientes embarazadas, siendo uno de nuestros principales objetivos prevenir la enfermedad de caries y las secuelas que esta deja.

Se ha descrito en la literatura (Gamonal 1996) que las enfermedades bucodentales con mayor prevalencia son la Caries y las Enfermedades Periodontales, donde ambas aumentan su prevalencia sostenidamente a medida que la población envejece, llegando casi al 100% en la población adulta en el caso de la Caries. De esta manera nuestro principal foco de atención y esfuerzos deberían estar dirigidos a prevenir la aparición de estas patologías, siendo la primera infancia un momento clave en el cual intervenir, pues se constituye como el momento dónde resulta más orgánico establecer pautas saludables sin generar resistencias, siendo la manera más eficiente de generar cambios profundos y duraderos.

Actualmente, debido a la pandemia por COVID-19, los principales desafíos han ido entorno a adecuarse a las normas de bioseguridad (habilitación de salas de atención odontológica, tiempos de atención más prolongados con la consecuente disminución en la cantidad de cupos de atención disponibles, aumentar la cantidad de material rotatorio disponible, entre otras mejoras), lo que permitirá entregar atención odontológica de calidad y segura para los usuarios de la comuna de Paine.

Gráfico 102. Cantidad de acciones preventivas en CESFAM Miguel Solar, 2018-2020.



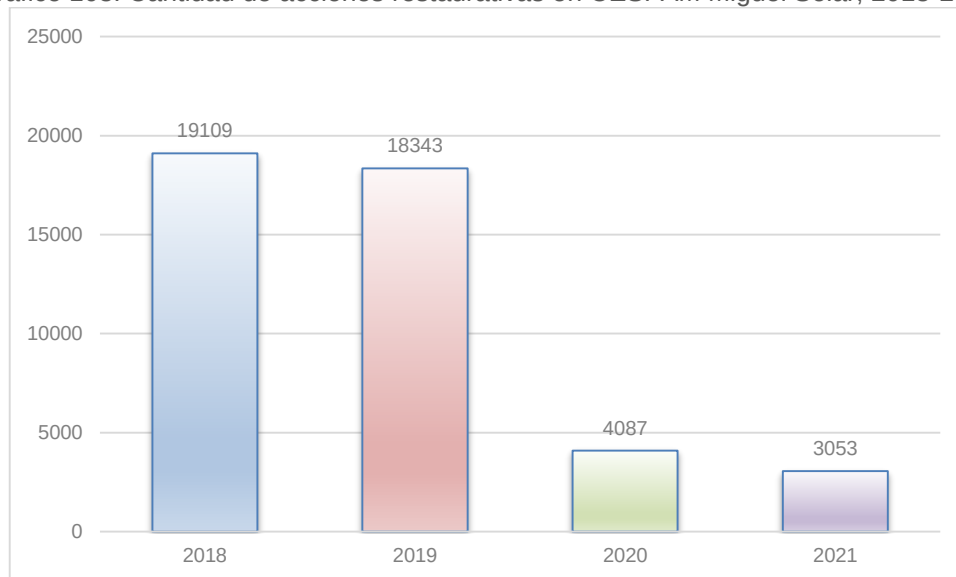
Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS.

Estas son las acciones que deben ir aumentando para obtener más población sana, pero efecto de la Pandemia el 2020 y 2021 han tenido una notoria baja.

Cantidad de acciones Restaurativas

Estas acciones debieran ir a la baja cuando aumentan las acciones preventivas, que se refleja al comparar año 2018-2019.

Gráfico 103. Cantidad de acciones restaurativas en CESFAM Miguel Solar, 2018-2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de IRIS.

Sin embargo, esto es afectado por las atenciones en tiempos de Pandemia el 2020 y 2021.

Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (PADDS)

El Programa corresponde a una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también el seguimiento y acompañamiento centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador, ofreciendo la oportunidad de realizar las atenciones de salud en el domicilio y/o coordinando intervenciones según corresponda, resguardando así la continuidad de la atención con los otros niveles de salud, como también el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la intersectorial de servicios para las personas con dependencia severa y sus familias.

El propósito del PADDS es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con dependencia severa, como también de sus familias y cuidadores, es otorgado a beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de APS de la Comuna, su objetivo principal es entregar una atención integral a la persona con dependencia severa, a su cuidador y familia. Este se realiza en su domicilio, con la finalidad de potenciar su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento tanto a la persona dependiente como su entorno, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios. Todo esto desarrollado en el Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas en el Centro de Salud de APS, clasificadas como dependientes severos según Índice de Barthel y su cuidador (persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa)

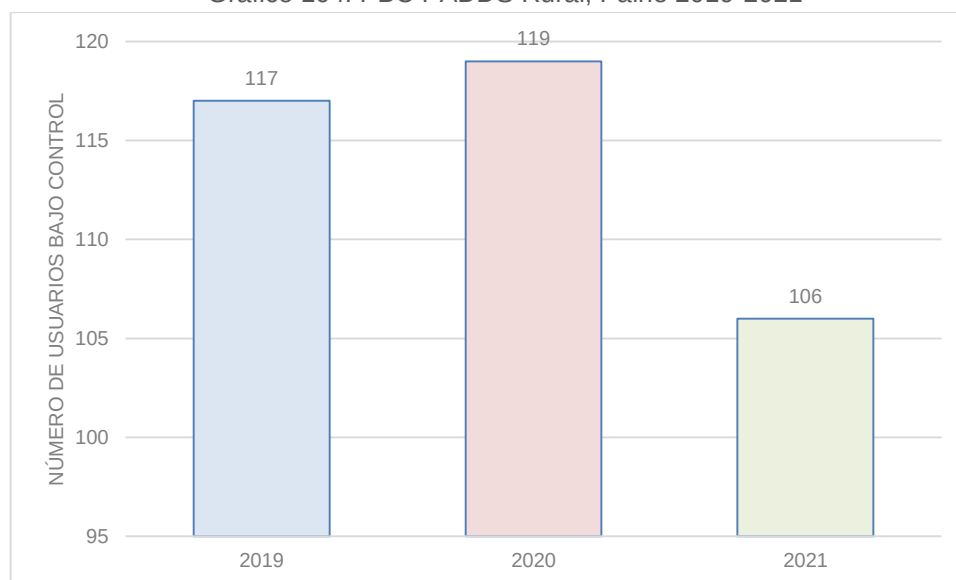
Dentro de las prestaciones que ofrece el PADDS se encuentra:

- Atención Domiciliaria Integral: Visita Domiciliaria Integral realizada por uno o más profesionales del Centro de APS que se orienta a la evaluación y atención de la diada persona dependiente – cuidador. Considera dimensiones biomédica, mental, social, funcional y las necesidades de asistencia.
- Visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento
- Inducción, educación y capacitación a cuidadores.
- Postulaciones a pago de estipendio.

Población Bajo Control

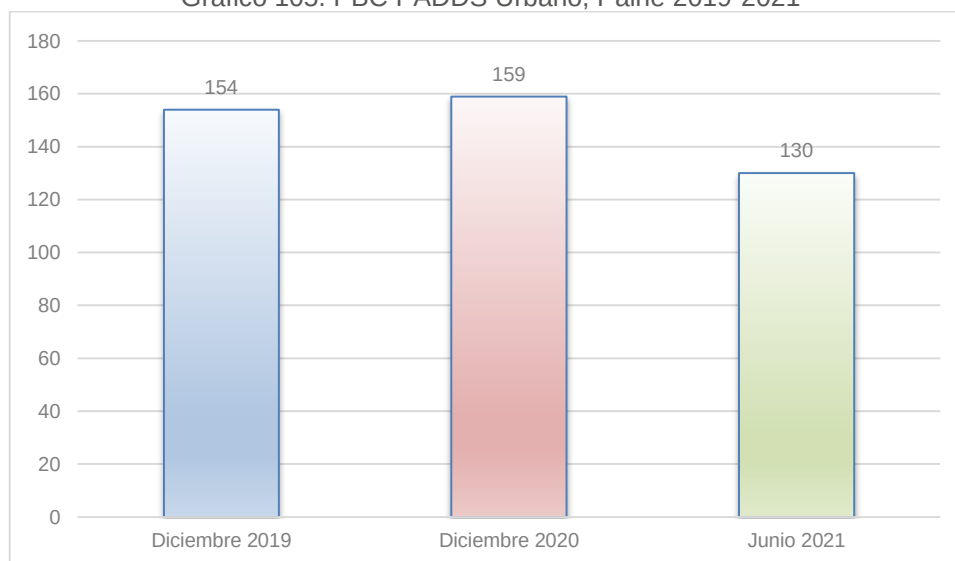
Reflejado en los siguientes gráficos, la PBC del programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa se observa la diferencia entre sector urbano y rural, con respecto a la cantidad de personas entre 2019-2020 siendo mayor en el sector urbano, en ambos se muestra una leve disminución en el último año, lo que se debe a la priorización y aumento de atenciones por morbilidades y descompensaciones de patologías crónicas, dejando los ingresos para fases posteriores, manteniendo prestaciones a nuestra población según necesidad.

Gráfico 104. PBC PADDs Rural, Paine 2019-2021



Fuente: REM P A03 Sección A: Población en Control años 2019, 2020 y 2021

Gráfico 105. PBC PADDs Urbano, Paine 2019-2021



Fuente: REM P 03 Sección A: Existencia de población en control año 2019, 2020 y junio 2021

Distribución por sexo y edad

Reflejado en los siguientes gráficos, los usuarios son principalmente de sexo femenino y mayores de 65 años.

Gráfico 106. Distribución según Sexo REM P3

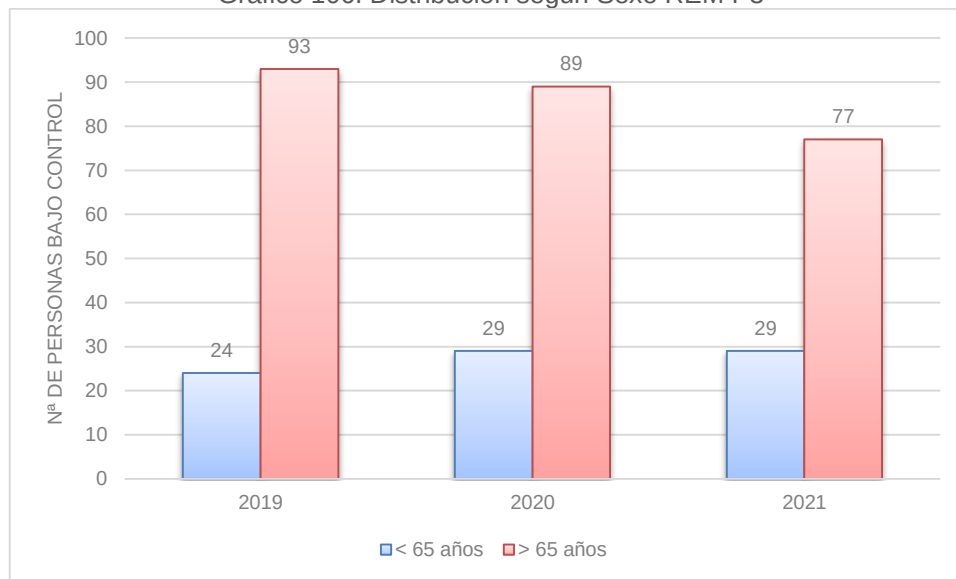
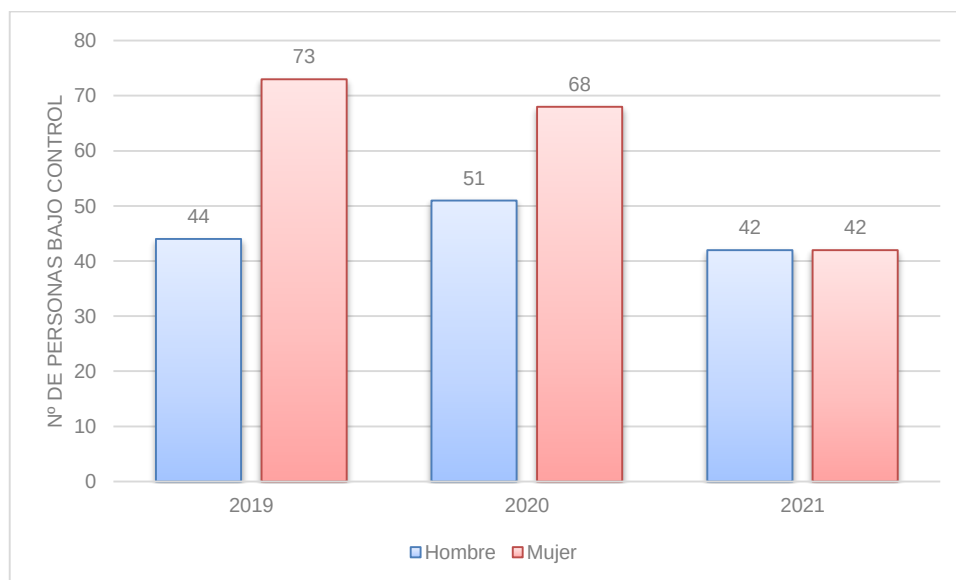


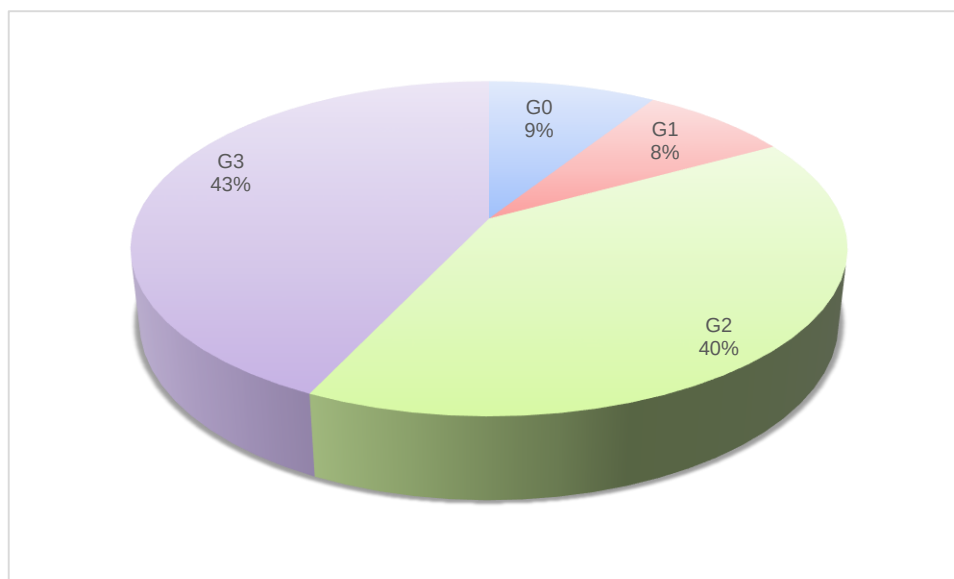
Gráfico 107. Distribución según edad REM P3



Diagnósticos Prevalentes

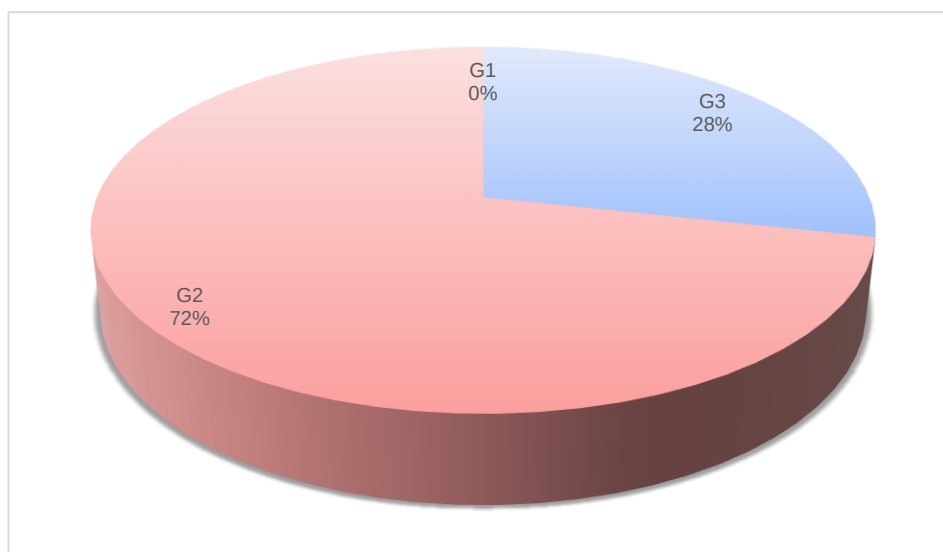
Al ser una población principalmente de Personas Mayores también predomina la multimorbilidad, como se observa en el gráfico 108.

Gráfico 108. Distribución según nivel de Estratificación en PBC PADDs, CESFAM Raúl Moya y PSR 2021.



Fuente: Elaboración Propia a partir de IRIS.

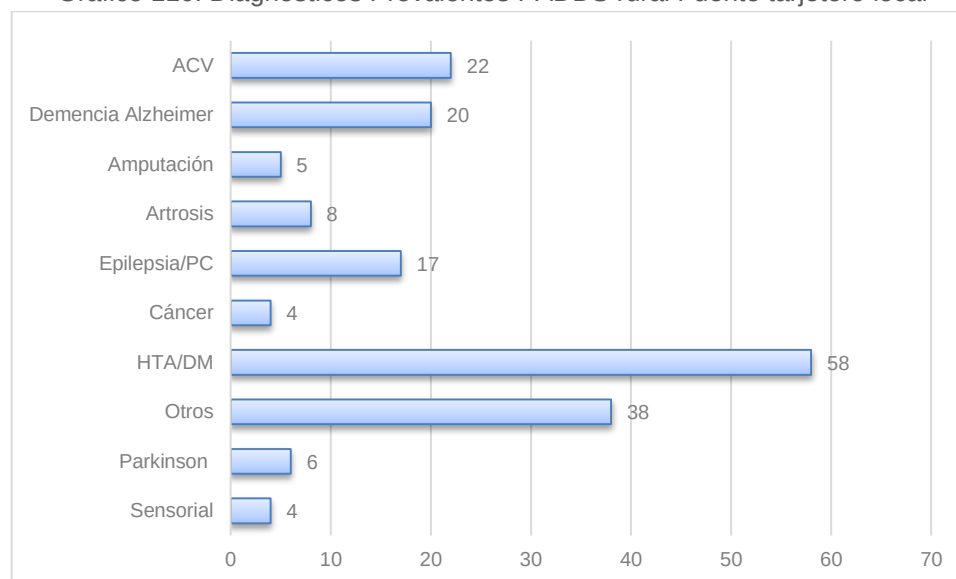
Gráfico 109. Distribución según nivel de Estratificación en PBC PADDs, CESFAM Miguel Solar 2021.



Con respecto a urbano se evidencia la prevalencia entre G2 y G3, siendo significativa la cantidad de personas dependiente con al menos 2 a 4 patologías crónicas.

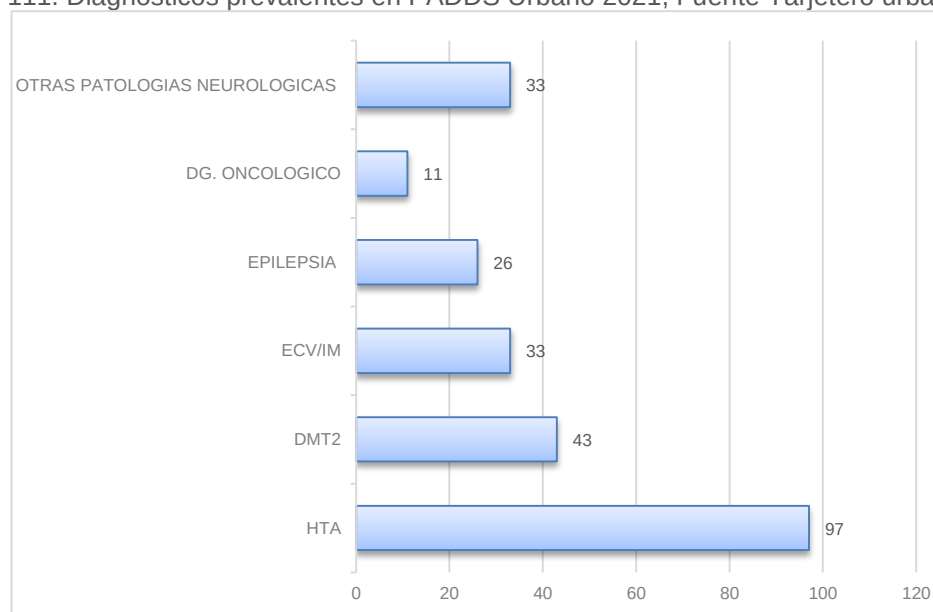
Los diagnósticos más prevalentes en PADDs en el sector correspondiente CESFAM Raúl Moya y PSR se pueden observar en el gráfico 112.

Gráfico 110. Diagnósticos Prevalentes PADDs rural Fuente tarjetero local



Del mismo modo, es posible observar las condiciones de salud más prevalentes en el sector urbano (gráfico 111).

Gráfico 111. Diagnósticos prevalentes en PADDs Urbano 2021, Fuente Tarjetero urbano, Paine



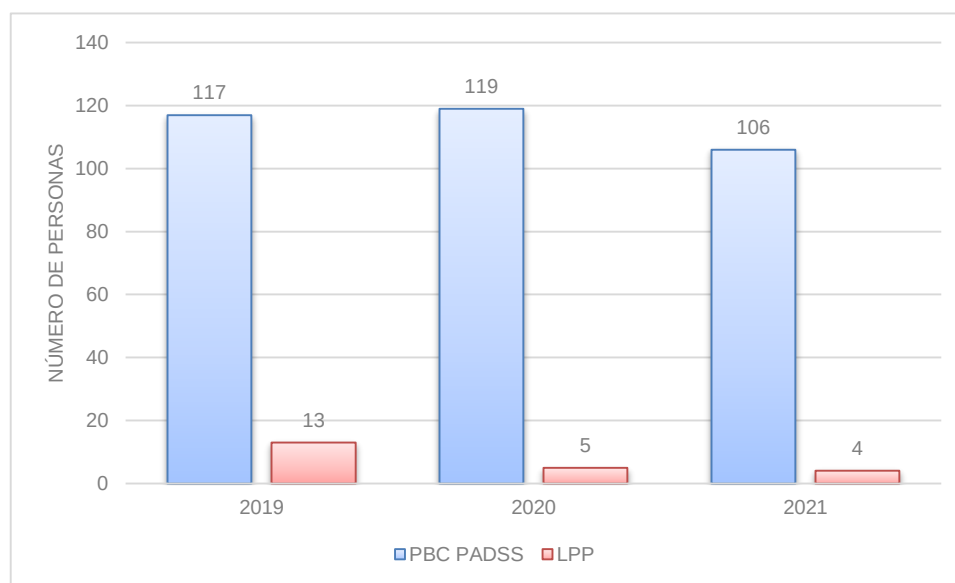
Prevalencia LPP

Como principal condición de una persona dependiente severa, está la inmovilidad, estado que deteriora de manera significativa la calidad de vida y es además el factor más importante en el desarrollo de lesiones de la piel como son las lesiones por presión (LPP). Estas suponen una enfermedad de frecuente aparición en pacientes en condición de dependencia severa, que resulta de la hipoxia tisular que degenera rápidamente en necrosis de los tejidos, lo que implica mayor carga en los cuidados

tanto para la familia como para el equipo de salud, así nuestras atenciones deben enfocarse en la prevención de aparición de LPP.

En el siguiente gráfico se muestra la Prevalencia de LPP 2019 – 2021 el sector perteneciente a CESFAM Raúl Moya y PSR.

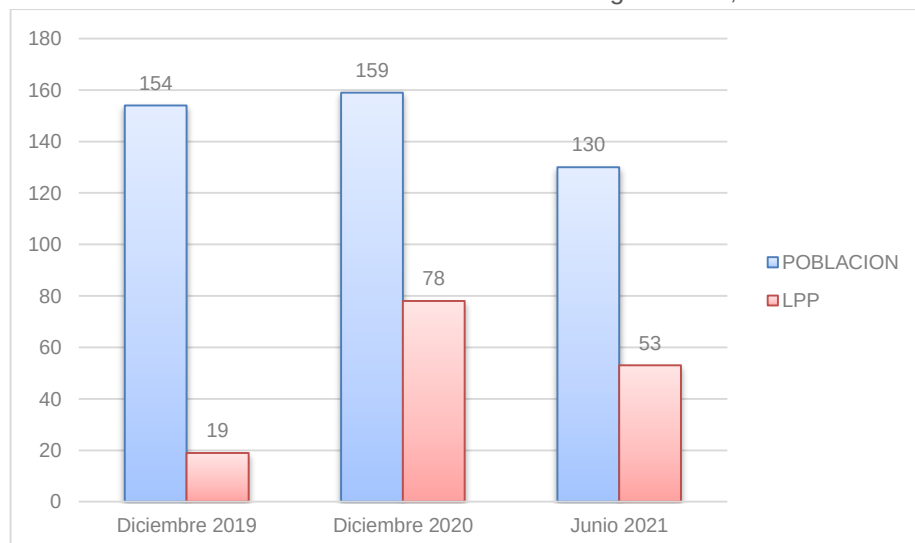
Gráfico 112. Prevalencia LPP Sector Rural 2019-2021.



Fuente: REM A 05 2019, 2020 y 2021

En el año 2019 la prevalencia fue de un 11%, el 2020 de un 4% y el año 2021 de un 4%.

Gráfico 113. Prevalencia de LPP en CESFAM Dr. Miguel Solar, Paine 2019-2021.



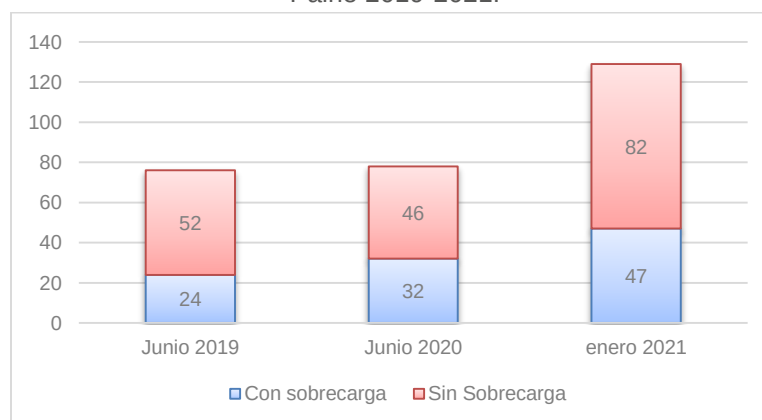
Fuente Iris y REM A05, revisión manual de datos según actividades y diagnósticos

A diferencia del CESFAM Raúl Moya y PSR, se evidencia un aumento significativo de LPP en los últimos dos años, en donde equivale al 12% en el año 2019, el 2020 al 49% y hasta el corte 2021, 41%, concluyendo que de la población bajo control al menos presento una LPP que ameritó curaciones por parte del equipo, esto refuerza a la necesidad de personal capacitado y permanente, que pueda mantener un tratamiento a corto y mediano plazo, así como mayor educación a cuidadores y familiares con la prevención de las mismas.

Prevalencia Zarit Alterado

Uno de los propósitos de la Atención Integral es evaluar y atender al cuidador, para esto una de las herramientas que se utiliza para medir nivel de sobrecarga en el cuidador es La Escala de Evaluación Zarit Abreviado. De acuerdo a los resultados se programan las intervenciones necesarias con el fin de mejorar la calidad de vida de los cuidadores de Personas con dependencia severa. En ambos sectores, los cuidadores principalmente son personas adulto mayor de sexo femenino, y el nivel de sobrecarga se puede observar en el siguiente gráfico:

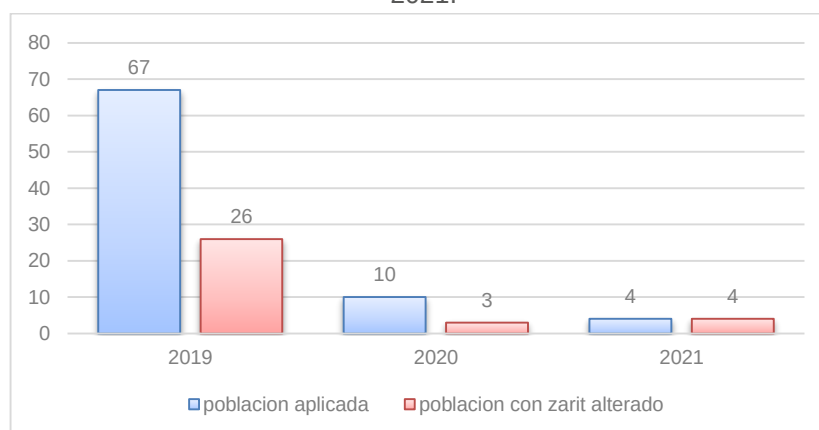
Gráfico 114. Prevalencia de Alteración de Zarit Abreviado CESFAM Raúl Moya y PSR, Paine 2019-2021.



Fuente: REM A 03 Sección D.6

En el año 2019, de 76 evaluaciones aplicadas, un 32% presentaba sobrecarga intensa, el año 2020, de 78 evaluaciones aplicadas, un 41% presentó sobrecarga intensa y el año 2021 de 129 evaluaciones aplicadas un 36% presenta sobrecarga intensa.

Gráfico 115. Prevalencia de sobrecarga intensa del cuidador Sector urbano, Paine 2019-2021.



Fuente: REM A 03 Sección D.6

Tabla 32. Prevalencia de sobrecarga intensa del cuidador, urbano Paine.

Año	Población aplicada	Población con Zarit alterado	%
2019	67	26	39
2020	10	3	30
2021	4	4	100

Fuente: REM A 03 Sección D.6

Con respecto al sector perteneciente al CESFAM Miguel Solar, durante el 2019 se aplicaron 67 formularios abreviados para Zarit, de los cuales el 39% reportó alteración “sobrecarga intensa”. En el 2020 fue aplicado a 10 cuidadores con 30% de alteración para la población total evaluada, en vista de la emergencia sanitaria y redistribución de labores, se disminuyeron los ingresos y Re-controles a nuestra población bajo control y a su vez la aplicación de dicha escala.

Esto ratifica la importancia de contemplar a este grupo objetivo dentro de las prestaciones de salud entregadas, ya que muchas veces no tienen la posibilidad de solicitar atención en los centros, puesto que deben cuidar de la Persona con dependencia severa dejando de lado su propio cuidado. De igual forma, se hace fundamental mantener dentro del equipo a profesional trabajadora social, quien logra pesquisar mayores requerimientos tanto del usuario dependiente como su entorno.

Programa Salud Mental

El Programa de Salud Mental en atención primaria de salud, se centra en que el usuario, pueda acceder con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad, a través de estrategias de fortalecimiento, considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, basadas en las Orientaciones de Salud Familiar e Integral. Cuyo objetivo principal es de elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades a través de la promoción de la salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario. Para esto se desarrollan distintos objetivos como:

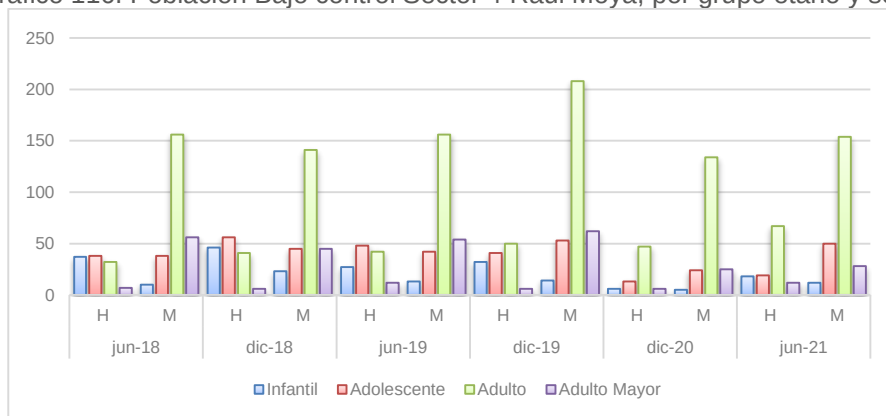
- Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.
- Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales de acuerdo con la realidad local y sus determinantes sociales, planificadas por curso de vida, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupos de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.
- Desarrollar acciones de atención y cuidados de salud mental por curso de vida; detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores con trastornos mentales.

Análisis de los principales indicadores

A continuación se muestran una serie de gráficos con información del programa de salud mental, extraídos principalmente del REM P06 que reflejan las poblaciones bajo control desde el año 2018 hasta el mes de junio del año 2021, distribuida por cada uno de los sectores de salud tanto del CESFAM Dr. Miguel Solar, que incluye los datos de sus 3 sectores, y además del CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas Rurales de salud que incluye el sector 4 Raúl Moya, Sector 5 postas de Pintué, Abrantes y Rangué y Sector 6 Postas de Huelquén y Chada.

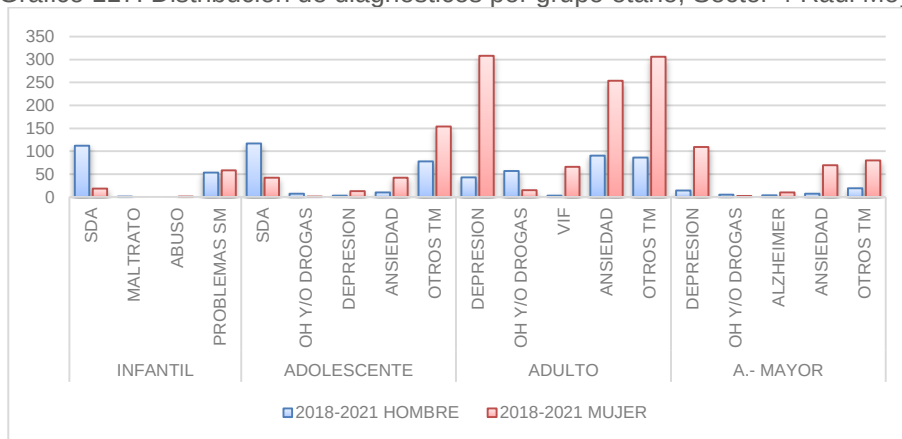
Los datos de obtenidos entregan información de la cantidad de usuarios bajo control, por grupo etario, por sexo y la distribución según diagnósticos en cada uno de los centros, además de la información de la cantidad de controles e ingresos de salud mental que se han realizado en los años ya mencionados.

Gráfico 116. Población Bajo control Sector 4 Raúl Moya, por grupo etario y sexo.



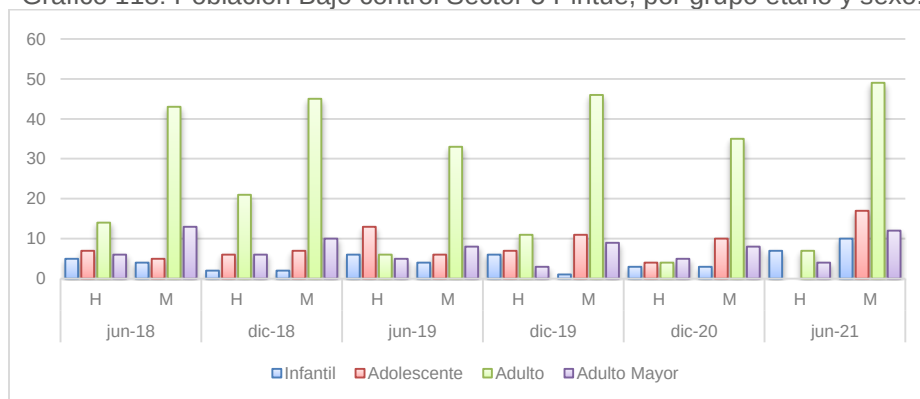
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 117: Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 4 Raúl Moya



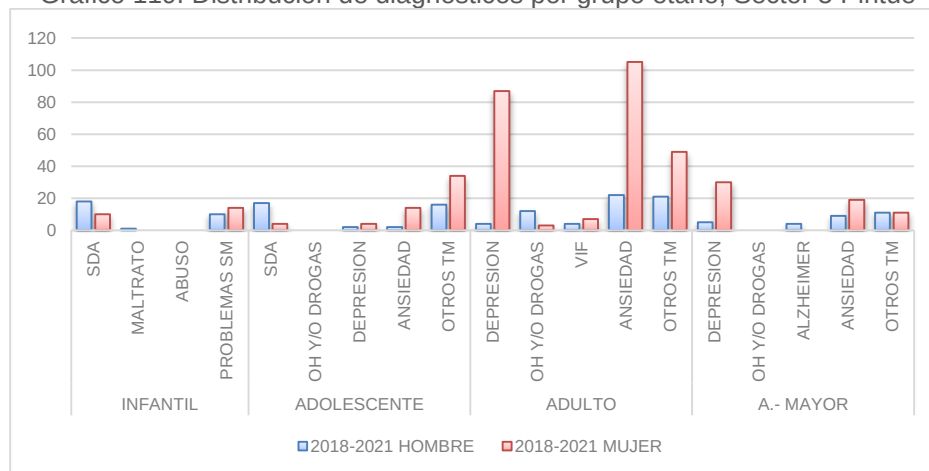
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 118: Población Bajo control Sector 5 Pintué, por grupo etario y sexo.



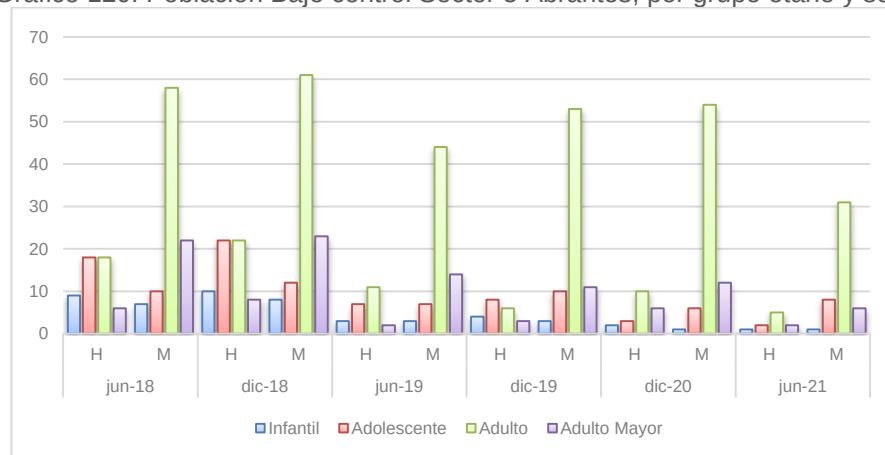
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 119. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 5 Pintué



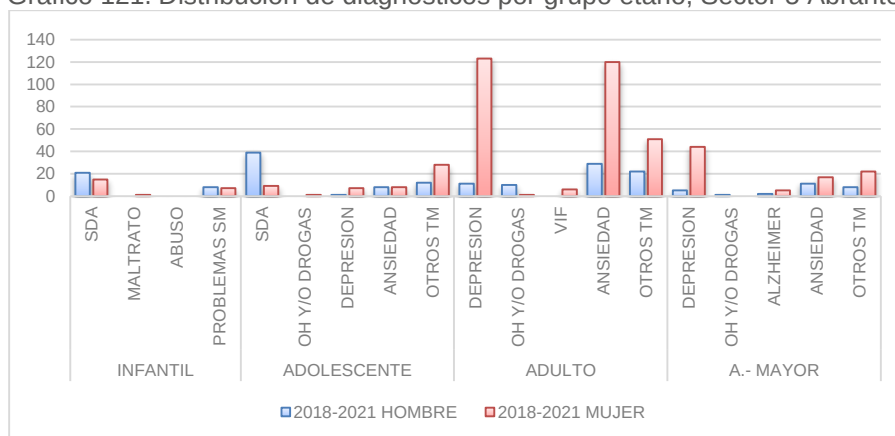
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 120. Población Bajo control Sector 5 Abrantes, por grupo etario y sexo



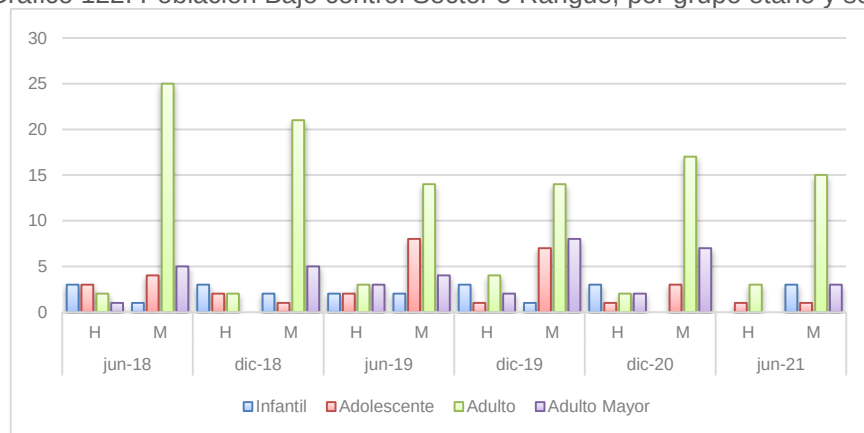
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 121. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 5 Abrantes



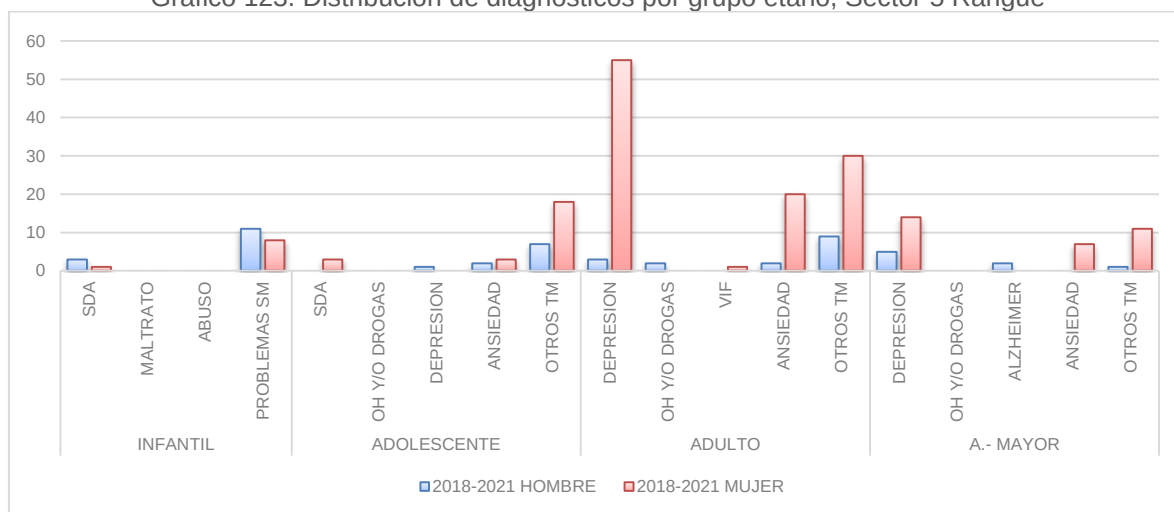
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 122. Población Bajo control Sector 5 Rangue, por grupo etario y sexo



Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 123. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 5 Rangue



Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 124. Población Bajo control Sector 6 Huelquén, por grupo etario y sexo

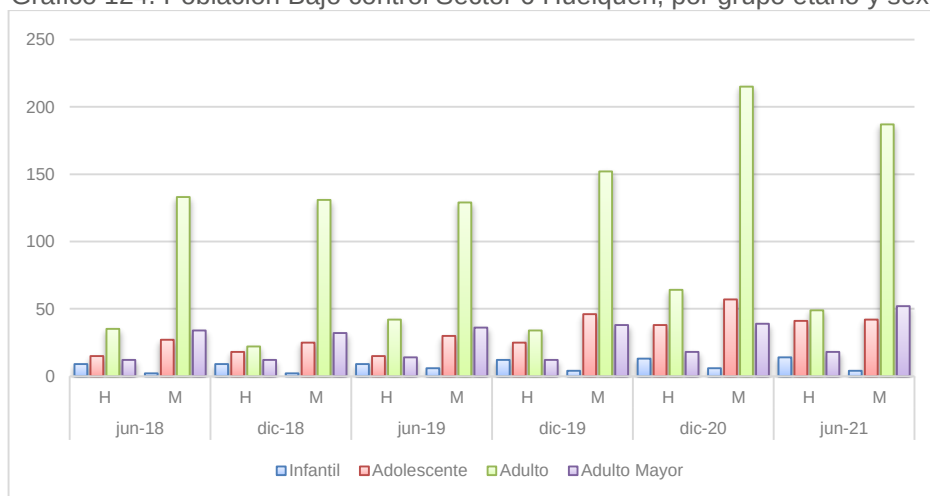
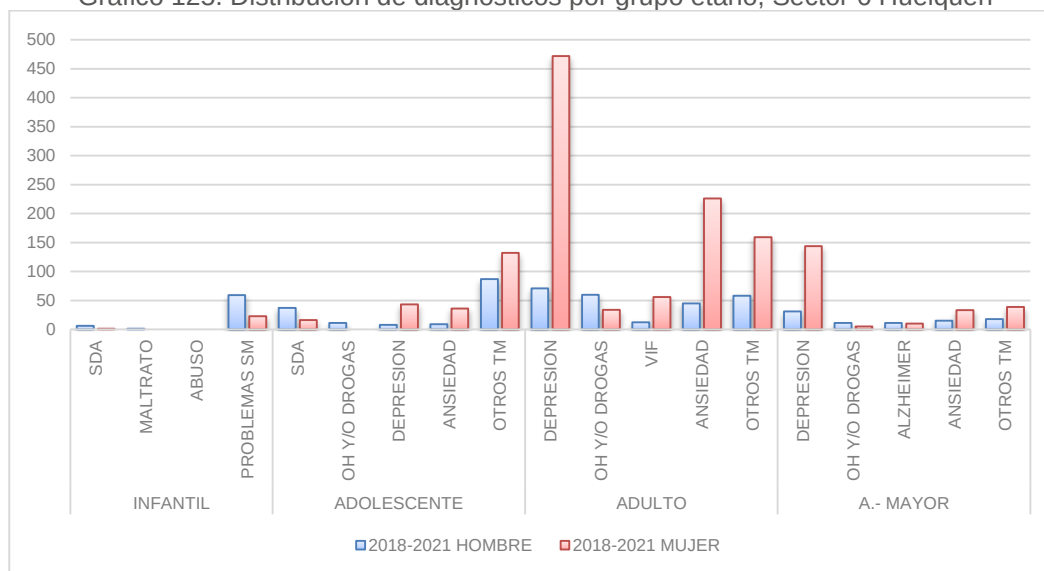
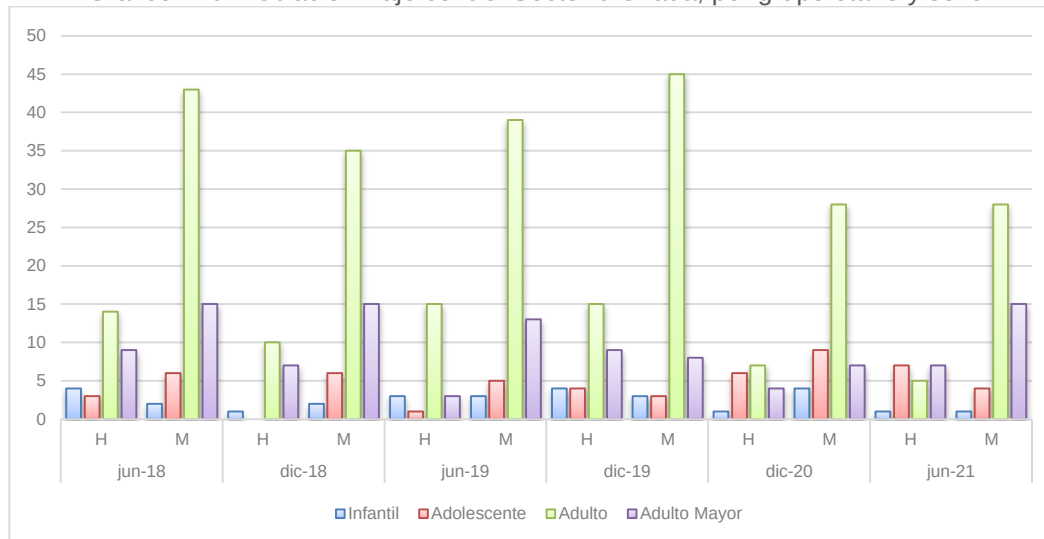


Gráfico 125. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 6 Huelquén



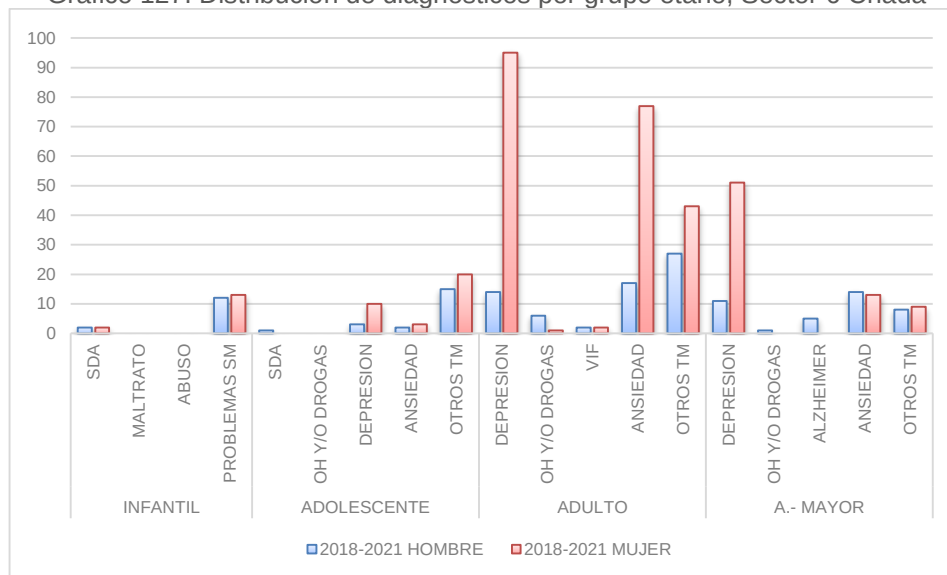
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 126. Población Bajo control Sector 6 Chada, por grupo etario y sexo



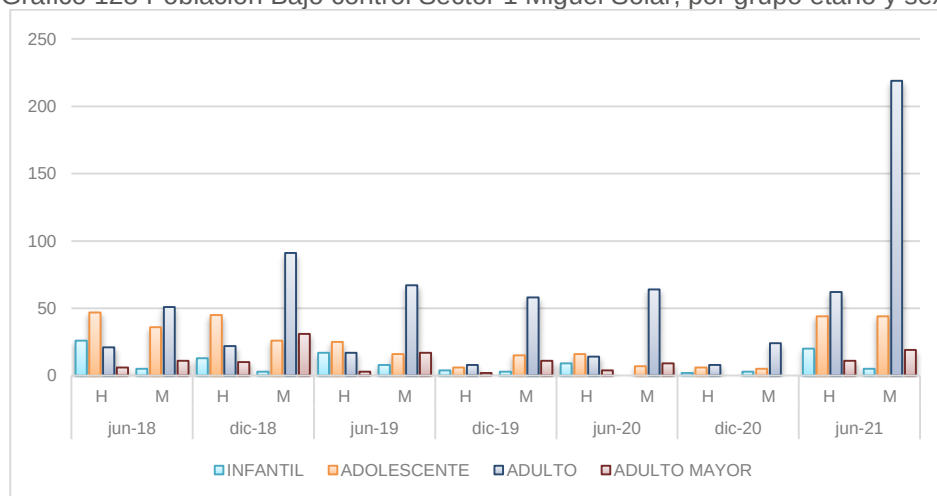
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 127. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 6 Chada



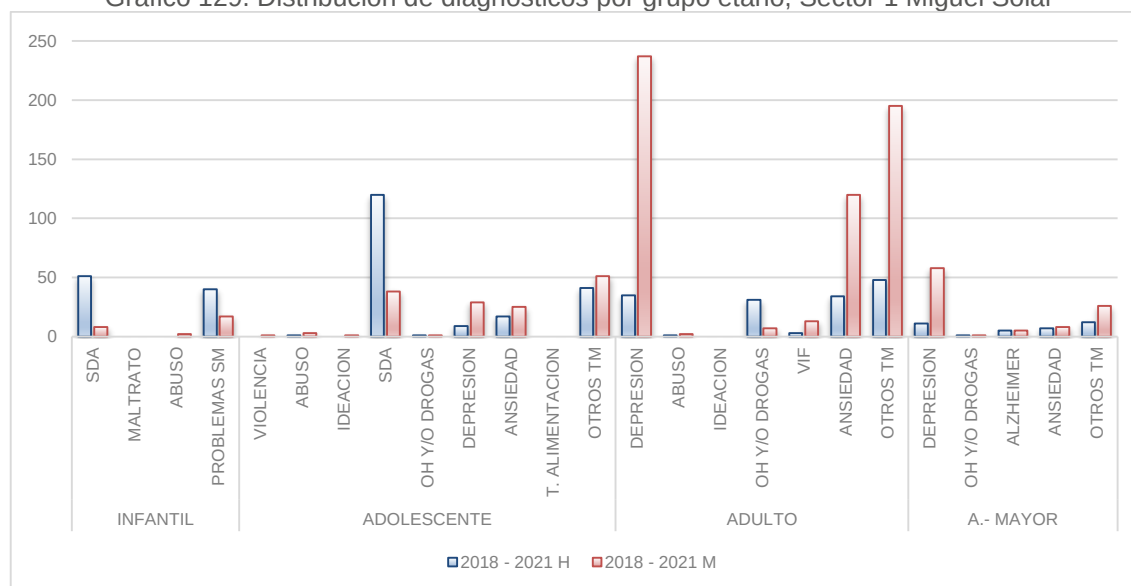
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 128 Población Bajo control Sector 1 Miguel Solar, por grupo etario y sexo



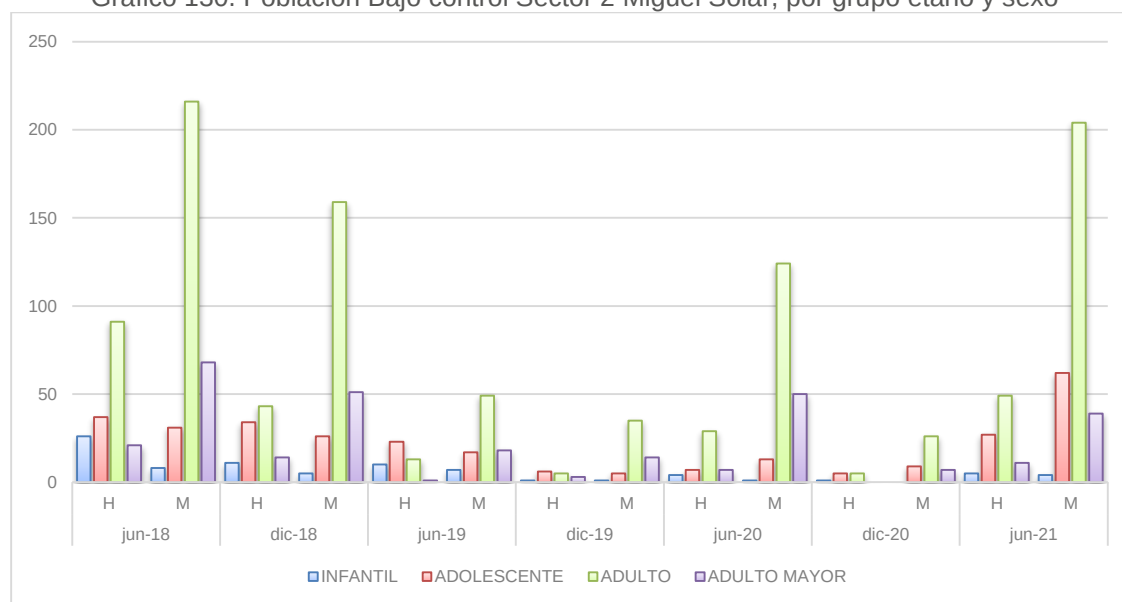
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 129. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 1 Miguel Solar



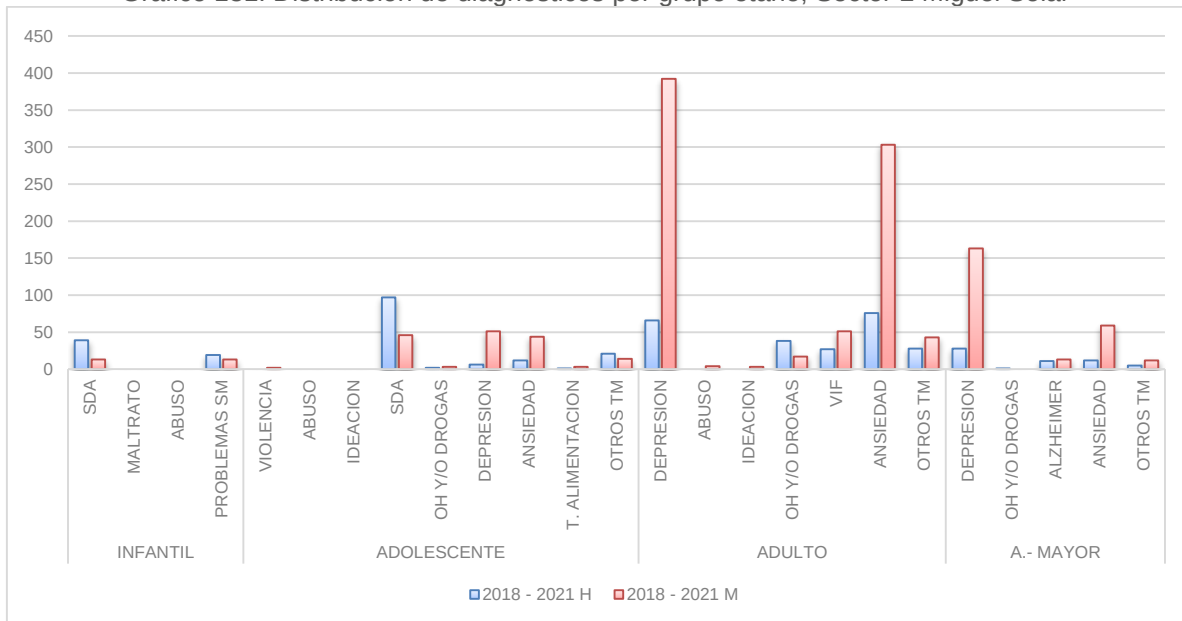
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 130. Población Bajo control Sector 2 Miguel Solar, por grupo etario y sexo



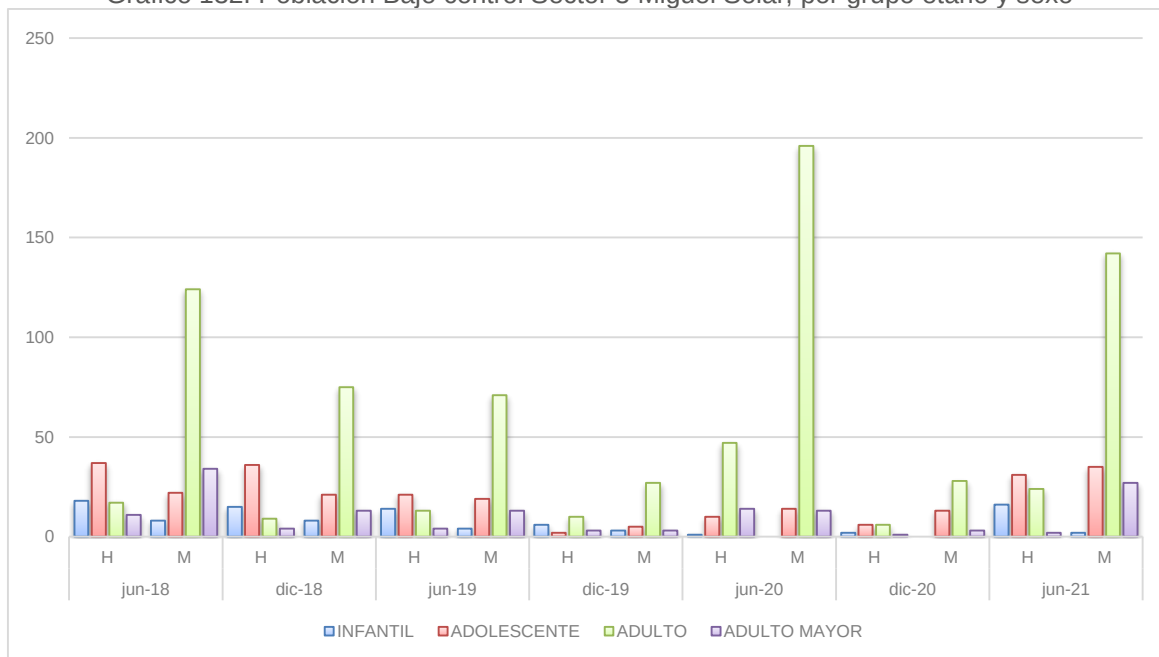
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 131. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 2 Miguel Solar



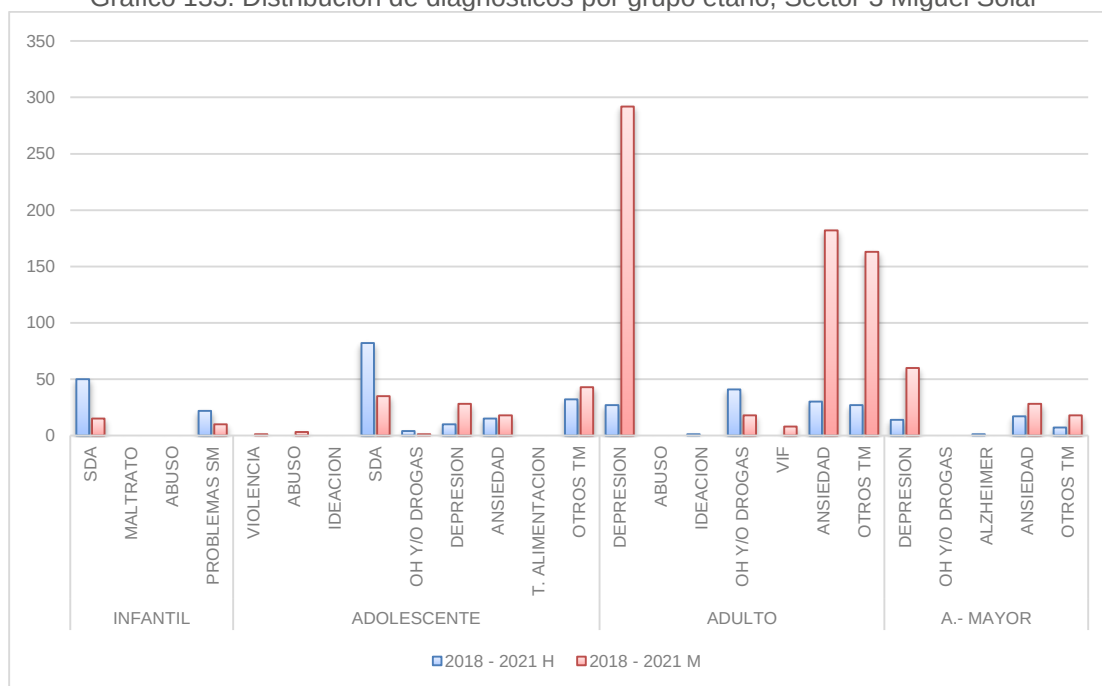
Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 132. Población Bajo control Sector 3 Miguel Solar, por grupo etario y sexo



Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 133. Distribución de diagnósticos por grupo etario, Sector 3 Miguel Solar



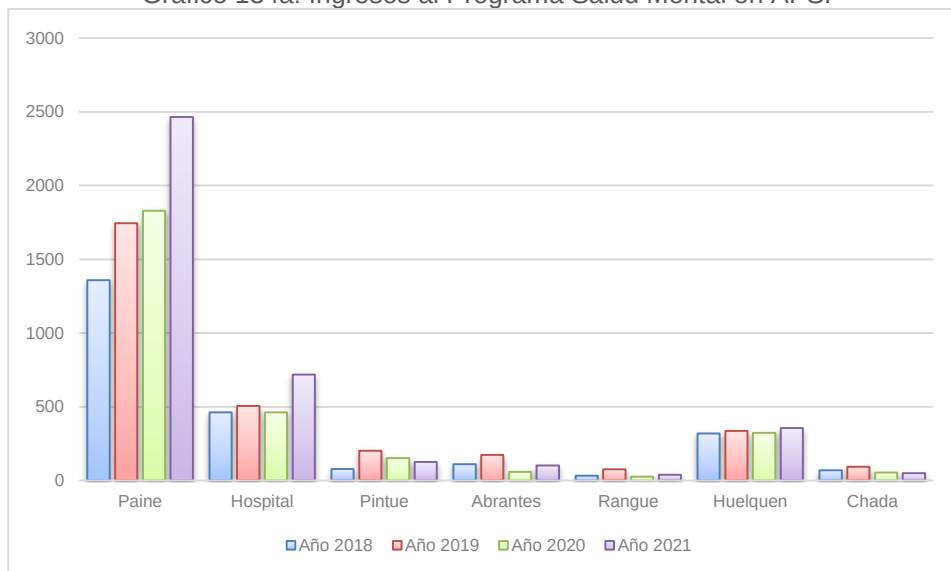
Fuente: REM P6 Sección A1

Tabla 33. Población bajo control Programa Salud Mental

Población bajo control (PBC)	Rem junio 2018	Rem dic 2018	Rem junio 2019	Rem dic 2019	Rem dic 2020	Rem junio 2021
Miguel solar	972	765	467	236	149	1104
Raúl moya	329	364	347	394	215	357
Huelquén	258	246	262	261	433	386
Chada	88	79	77	84	66	65
Abrantes	143	146	89	91	81	49
Pintué	85	82	80	90	63	78
Rangue	43	33	36	39	31	23
Total	1918	1715	1358	1195	1038	2062

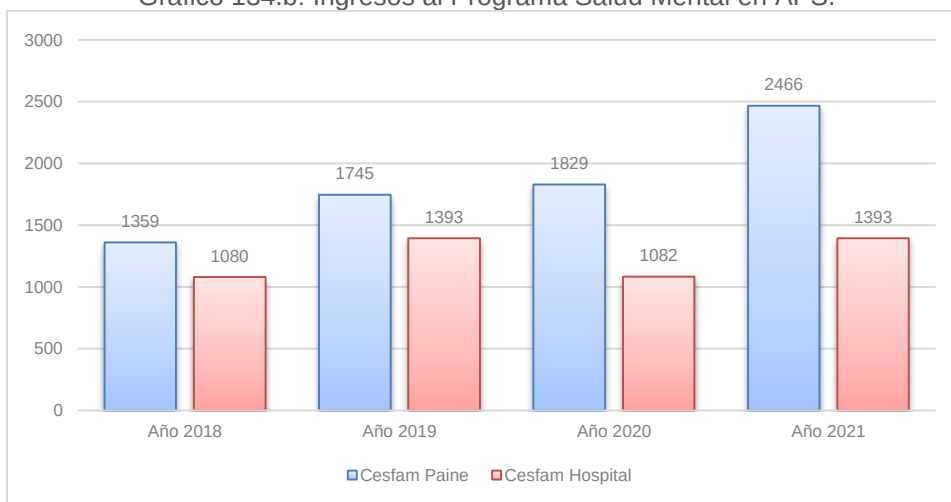
Fuente: Fuente: REM P6 Sección A1

Gráfico 134a: Ingresos al Programa Salud Mental en APS.



Fuente: REM A5 Sección N

Gráfico 134.b: Ingresos al Programa Salud Mental en APS.



Fuente: REM A5 Sección N

Gráfico 135.a Controles Programa Salud Mental en APS.

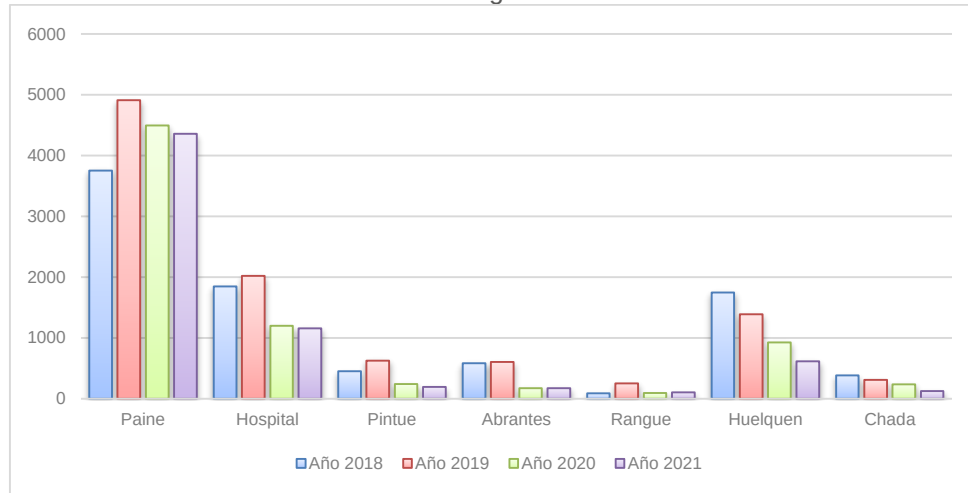
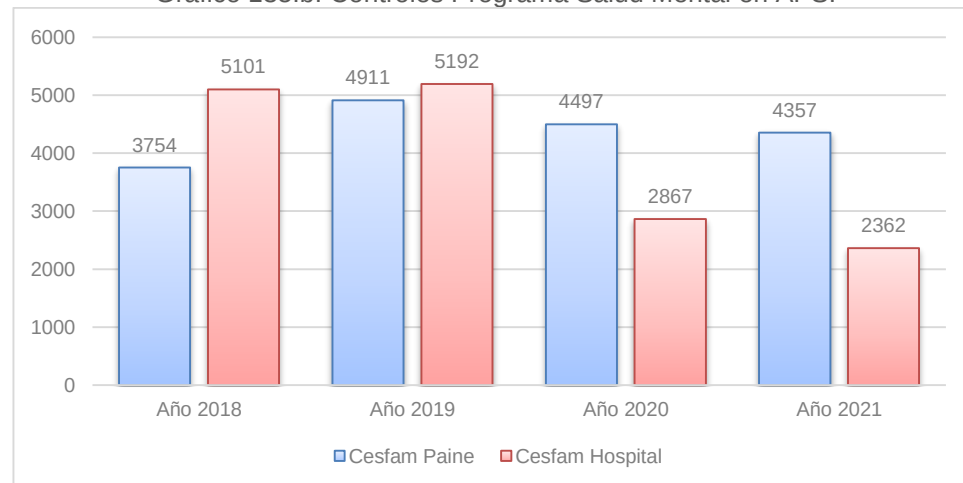


Gráfico 135.b: Controles Programa Salud Mental en APS.

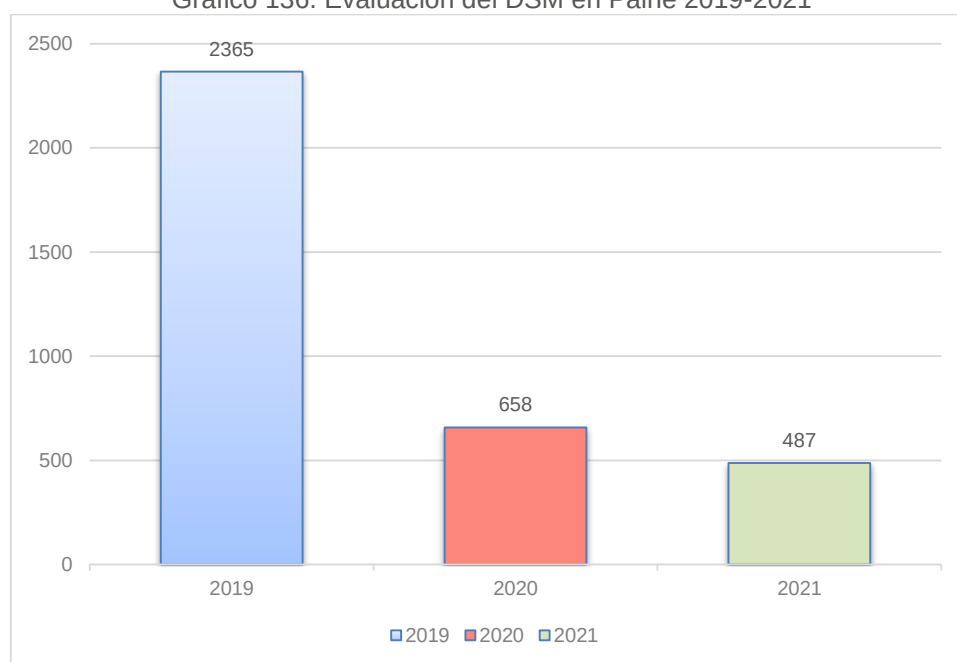


Programa Chile Crece Contigo

El programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial, perteneciente al sistema de protección a la infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) tiene como finalidad el fortalecimiento de las prestaciones para una atención integral durante el proceso de gestación, nacimiento y desarrollo infantil.

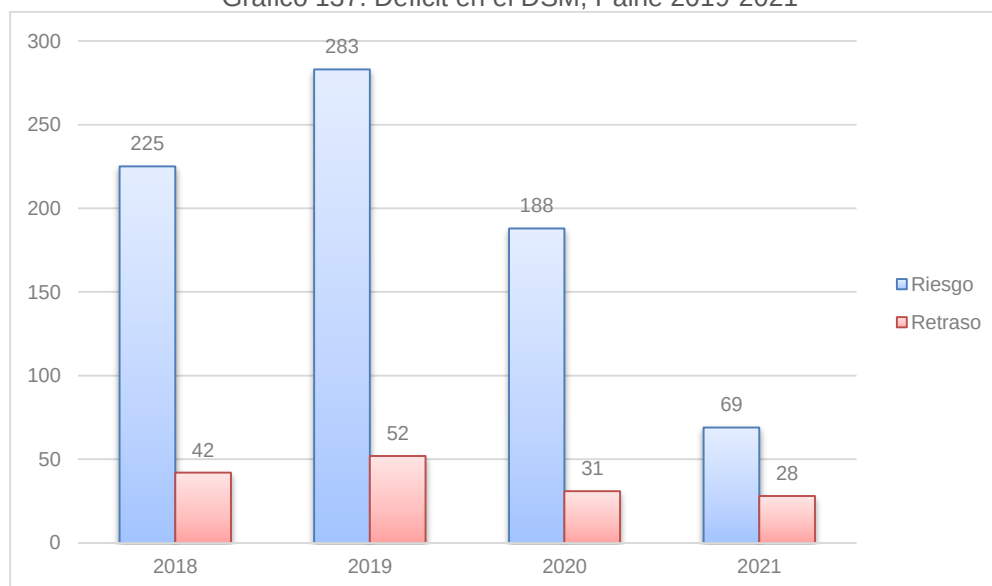
En la siguiente tabla se busca reflejar, como ha sido la prevalencia de los déficit en el desarrollo psicomotor motor, desde el año 2018 a junio del 2021. Cabe destacar que cuando hace alusión al déficit, se refiere a los Riesgos y Retrasos en el Desarrollo Psicomotor (DSM). Si bien la pesquisa está estrechamente relacionada a la cobertura, revisaremos el gráfico 136 que nos muestra la totalidad de DSM aplicados durante los últimos tres años.

Gráfico 136. Evaluación del DSM en Paine 2019-2021



Se aprecia que posterior al 2019, que es considerado un año normal en relación a la cantidad de prestaciones realizadas, ha existido una baja considerable en la evaluación del desarrollo psicomotor. Cabe destacar que el año 2020 se inició la pandemia, y las funciones profesionales tuvieron modificación atinentes a la necesidad que se estaba viviendo. Actualmente se ha ido retomando en forma gradual las prestaciones.

Gráfico 137. Déficit en el DSM, Paine 2019-2021



Pese a que se observa una baja en la pesquisa de déficit en el DSM, esto no refleja una baja real. Producto que el 2020 el 33,28% de los niños y niñas que fueron evaluados presentaron un déficit en su DSM, contra un 14,16% que presentó el 2019. Casi el doble de la población infantil evaluada, presentó un Riesgo o un Retraso en su desarrollo. Y durante el 2021 con corte a junio hubo un 19,91% de la población menor de 5 años con déficit.

Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor

Uno de los objetivos del programa (PADB) es bajar la prevalencia del déficit en el desarrollo psicomotor. Para evaluar cómo se ha comportado este objetivo se comparó el porcentaje de niños y niñas en déficit por la cantidad de evaluaciones realizadas y por la PBC, para poder verificar si los porcentajes se encuentran dentro de la prevalencia nacional.

Tabla 34. Distribución de DSM, 2019-2021

Año	Sector	DSM aplicados	PBC	Déficit ri	Déficit re	Prevalencia riesgo	Prevalencia retraso
2019	Miguel Solar	1479	2573	191	28	11,97	2,2
	Raúl Moya y PSR	886	1445	92	24	7,04	1,29
2020	Miguel Solar	389	2441	136	15	28,57	4,71
	Raúl Moya y PSR	269	1517	52	16	4,75	0,78
2021	Miguel Solar	310	886	26	12	14,17	5,75
	Raúl Moya y PSR	177	413	43	16	5,31	2,16

En la tabla se observa que los rangos comunales de prevalencia de Riesgo en el desarrollo psicomotor, en comparación a la PBC se encuentran entre 7,04% (2019) y un 4,75% (2020), presentando valores por sobre el 2019 y bajo el 2020 a la

prevalencia nacional que se mantiene en un 5,64%. En caso de los retrasos, estos varían de un 1,29% a un 2,16%, porcentaje que ha ido en aumento este año. Siendo el año 2019 el que presentó un porcentaje similar al nacional de 1,30%.

En relación al Retraso, podemos ver que este año su prevalencia va en aumento, esto puede estar estrechamente relacionado a la evaluación y pesquisa tardía de alteraciones en el DSM, y diversos factores que han sido consecuencia de la pandemia.

Trastorno del espectro autista

El cuadro conocido hoy como Autismo Clásico fue descrito por primera vez en la década del cuarenta luego de identificar un trastorno con márgenes claros y presentación similar en un grupo de individuos. Los estudios posteriores han utilizado criterios más amplios de diagnóstico, logrando detectar trastornos diferentes, de síntomas centrales en triada que derivan en una sintomatología asociada variable y distintos niveles de afectación. Actualmente, tanto el Autismo Clásico como otros diagnósticos similares, se incluyen en los denominados Trastornos del Espectro Autista (TEA). Los TEA se consideran trastornos evolutivos, que si bien presentan diversas manifestaciones clínicas, se caracterizan, según Lorna Wing, por el compromiso en tres ejes fundamentales: alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca, alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, y la presencia de patrones restrictivos, repetitivos y estereotipados de la conducta. (Detección y diagnóstico oportuno de los Trastornos del espectro autista, Minsal 2011)

Hoy en día es más frecuente poder ver y tener una pesquisa temprana de este trastorno del neurodesarrollo.

Dentro de la información recolectada se observa que existe una prevalencia en aumento del registro y pesquisa, desde el 2018 al 2020. La información recolectada fue extraída del Rem P6, donde el registro del diagnóstico utilizado, ha ido en aumento durante los últimos cuatro años. Cabe destacar que hasta el 2020, se utiliza en el CIE 10 el dg de Trastorno generalizado del desarrollo, ya que en forma posterior, en el rem se desglosaría según nivel de complejidad y funcionalidad.

Tabla 35. Frecuencia de diagnósticos TEA

2018	2019	2020	2021
4	13	17	13

Fuente: REM P6

En relación al uso del diagnóstico confirmado de “Autismo en la niñez”, se aprecia que el uso y diagnóstico confirmado también ha ido en aumento.

Tabla 36. Frecuencia de diagnósticos Autismo e la niñez

2018	2019	2020
43	60	70

Fuente: REM P6

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Antecedentes

La Participación en salud es una estrategia de “habilitación a las personas”, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios. El desafío es generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local.

El diagnóstico Participativo surge como un trabajo colaborativo entre la comunidad, intersector y los Centros de Salud con la finalidad de identificar las problemáticas que afectan a nuestra población y así poder establecer el plan de trabajo para el año 2022.

A raíz de las diferencias existentes en los diversos sectores de nuestra comuna, se ha realizado un diagnóstico participativo dividido por sector urbano que comprende al CESFAM Dr. Miguel Solar y un sector rural conformado por CESFAM Raúl Moya y PSR.

CESFAM Dr. Miguel Solar

Objetivo General:

- Conocer cómo problematizan la situación actual de Pandemia COVID-19 los usuarios, territorio, intersector, etc., pertenecientes al Cesfam Dr. Miguel Solar de la Comuna de Paine.

Objetivos Específicos:

- Determinar con la comunidad cómo problematizan la situación actual de pandemia COVID 19 a través de un conversatorio local.
- Proponer de manera participativa un plan de participación social, con actividades e intervenciones para desarrollar conjuntamente durante el año 2021.

Metodología utilizada

Diseño de Conversatorio Local, actualización diagnóstica.

Considerando la situación actual a nivel país en cuanto a la emergencia sanitaria en la que se encuentra desde el año 2020, es que la jornada de actualización diagnóstica para este año 2021, se decide realizar de forma virtual, utilizando la herramienta Zoom, a la cual se invitan a las Mesas Territoriales de los Sectores Azul, Verde y Rojo.

Convocatoria y coordinación con organizaciones e instituciones de la comunidad

El equipo motor por sector envió invitación extendida (vía correo electrónico y whatsapp) a presidentas de juntas de vecinos, instituciones de DIDECO, representantes de establecimientos educacionales/jardines infantiles, consejo de desarrollo local, representantes de servicio público, etc., fortaleciendo la participación. Logrando una asistencia de 28 representantes de las comunidad e intersector.

Diseño del conversatorio local

Se da inicio a la actividad con una bienvenida por parte de la Encargada de Programa de Participación Social, quien además contextualiza el motivo de la convocatoria y da orientaciones en relación a la modalidad de trabajo. Dando continuidad a la actividad, se realiza explicación práctica de qué es un conversatorio y posibles preguntas a abordar según priorización de los asistentes; lo anterior dirigido por dupla psicosocial del sector rojo.

Una vez concluido lo anterior, se plantean preguntas a abordar dentro del conversatorio, en los ámbitos de Participación Social y Salud:

- ¿Qué problemas en La Participación Social identificas en tu territorio, en tiempos de pandemia?
- ¿Qué problemas en La Salud identificas en tu territorio, en tiempos de Pandemia?

Recolección de información sobre los problemas que afectan a la comunidad

La metodología de trabajo fue realizada de la siguiente forma:

1. Posterior a la bienvenida y contextualización de la reunión, se forman 3 grupos de trabajo. Bajo la herramienta de Grupos de la Plataforma Zoom, se dividen a los asistentes en las 3 Mesas Territoriales sectorizadas, en las que cada Trabajadora Social moderan la discusión y la actividad de Lluvia de Ideas, de forma tal de responder a las preguntas planteadas. El objetivo es identificar al menos 3 problemáticas para luego ser presentada en la reunión ampliada y dar paso a la segunda actividad.
2. En la segunda actividad, los grupos vuelven al grupo inicial, en donde un representante de cada Sector, expone las problemáticas identificadas por su grupo. Una vez presentadas las problemáticas, se procede a votar a través de una la plataforma Google Forms, y así seleccionar problemática más representativas y más importantes para trabajar este 2021.

En este paso en que a la pregunta del ámbito de Participación Social:

¿Qué problemas en La Participación Social identificas en tu territorio, en tiempos de pandemia?



Se proponen las siguientes problemáticas:

Qué problemas en Participación Social identificas en tu territorio, en tiempos de pandemia?

- ☐ Desinterés de la comunidad
- ☐ Desinterés y desinformación por temas importantes para la comunidad
- ☐ Falta de espacios de discusión
- ☐ Participación social: falta de información y acceso a salud

De la votación de 28 personas, se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico 138. Resultado encuesta de participación social, CESFAM Dr. Miguel Solar.



Por lo que en el ámbito de Participación Social, la problemática a trabajar es: Desinterés y desinformación por temas importantes para la comunidad.

- En lo referente a la pregunta del ámbito de Salud, no se requiere realizar votación para definir la problemática principal, puesto que los 3 Sectores, identifican la misma problemática: Aumento de Patologías de Salud Mental.

Resultados del conversatorio local

De acuerdo a lo realizado en las dos actividades, se obtienen las siguientes problemáticas y actividades para desarrollar durante el año 2021:

Ámbito	Problema priorizado Problema	Objetivo priorizado Objetivo	Actividad
Participación social	Falta de información por temas importantes para la comunidad.	Generar espacios de discusión e información en temáticas de salud.	• Informar y capacitar a integrantes de mesas territoriales acceso a solicitud de atención teletriage • Realizar video informativo de funcionamiento de teletriage. • Difusión de programa radial de salud.
Salud de las personas	Aumento de patologías de salud mental.	Generar espacios de interacción con la comunidad.	• Taller de salud mental • Difundir actividades de promoción de salud. • Jornada de salud mental (mesa territorial)

Información diagnóstica intersectorial (instituciones públicas y privadas)

Sector azul.

Nombre de la Institución	Dirección	Persona de contacto	Teléfono	Área de Trabajo	Nivel de Trabajo Intersectorial 4	Otros Antecedentes
Programa Chile Crece Contigo	Avda. 18 de septiembre #1421	Gilda Díaz	226940235	Niños/as para el acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden a sus necesidades.	Coordinación	No
Of. De Adulto Mayor	Avda. 18 de septiembre #1421	Patricia Soto	226940234	Adulto mayor de 60 años o más, para atención, orientación, beneficios.	Cooperación	No
Of. Asistencia Social y orientación	Avda. 18 de septiembre #1421	Catalina Garrido	226940208/209	Socio-educar a la comunidad que requiera cubrir alguna necesidad.	Intersectorial	Apoyo mutuo frente a gestión de casos sociales.
Colegio Paula Jaraquemada	Avda. Concepción N°568 Paine	Equipo psicosocial	228249672	Trabajo preventivo promoción/participación, mesa territorial Salud/Educación.	Intersectorial	Trabajo colaborativo en conjunto, conservado en el tiempo.
Of. Discapacidad	Avda. 18 de septiembre #1421	Rosa Aguirre	226940210	Integración de las personas con discapacidad, permitir mejorar calidad de vida.	Cooperación	Apoyo en información para entregar a usuarios y derivar oportunamente.
Senda previene	Avda. 18 de septiembre #1421	Yolanda Cisternas	226940212	Gestión territorial de prevención y derivación a tratamiento a Salud.	Coordinación	Gestión de derivación para usuarios que ingresan a tratamiento dependencias.
Of. Protección de infancia y adolescencia	Avda. 18 de septiembre #1421	Ximena Gutiérrez	226940214	Brindar protección integral a los derechos de niños/as y adolescentes.	Cooperación	Apoyo en información de casos detectados por vulneraciones.

4 Información; Cooperación; Coordinación; Integración

Sector verde:

Nombre de la Institución	Dirección	Persona de contacto	Teléfono	Área de Trabajo	Nivel de Trabajo Intersectorial	Otros Antecedentes
Agrupación del cáncer		Rebeca león fuentes	955803476	Agrupación que trabaja con las personas con cáncer	Cooperación y coordinación	
Agrupación del cáncer		Karina Núñez	997973759	Agrupación que trabaja con las personas con cáncer	Cooperación y coordinación	
Consejo de desarrollo local de salud.		Mirtha Rivera	988626532	Trabaja en conjunto con participación para otorgan información a la comunidad	Cooperación y coordinación	
Departamento de ayuda social DIDECO	AV. General Baquedano #490	Catalina garrido	964721037	Trabajadora social de DIDECO departamento de ayuda social para para comunidad	coordinación	
Trabajadora colegio Bárbara Kast	18 de septiembre #2874	Susana salas	974515972	Trabajadora social de un liceo municipal	Coordinación	
Consejo de desarrollo local de salud		Julia Gonzales	997021288	Trabaja en conjunto con participación para otorgan información a la comunidad	Cooperación y coordinación	
Agrupación del cáncer		Soraya guerrero	976135115	Agrupación que trabaja con las personas con cáncer	Cooperación y coordinación	

Sector rojo:

Nombre de la Institución	Dirección	Persona de contacto	Teléfono	Área de Trabajo	Nivel de Trabajo Intersector	Otros Antecedentes
Colegio Moderno Paine	Calle Alegre 15	Francisca Marchant	973234586	Trabajo Social	Información	Además, forma parte del Programa de Salud Mental
Jardín Infantil canta cuentos	Calle Argentina 1576	Virginia Montiel	96239976	Educadora de párvulo	Información	
Colegio las Américas	Padre Mateo 400-498	Alejandra Balcarse	979868025	Educadora diferencial	Información	
Representante comunidad, adulto mayor		Eugenia Espinoza	957062345	Comunidad	Información	
Junta de vecinos	J.V Oasis, Villa las Américas	Johanna Prado	998515540	Presidenta Junta de vecinos	Información	
Escuela de lenguaje Pepita de sandía	General Baquedano	Gabriela Degero	998583930	Profesora	Información	
Representante programa salud mental	Villa las Américas	Claudia Morán	968171726	Comunidad	Información	
Representante CCAA colegio las américas	Padre Mateo 400-498	Nicolás Bizama		Centro de alumnos	Información	
Presidente JJVV General Baquedano	General Baquedano	Jonathan campos		Junta de vecinos	Información	
Colegio las Américas	Padre Mateo 400-498, Paine	Sara Maureira		Educadora diferencial	Información	
Colegio las Américas	Padre Mateo 400-498	Marco Venegas		Profesor educación física	Información	
Representante adolescente colegio las américas	Padre Mateo 400-498	Acsa Leyton		estudiante	Información	

CESFAM Raúl Moya y PSR

Objetivo General

Reconocer los determinantes sociales de la salud que aquejan a la comunidad de Paine para la elaboración participativa del plan de participación Social anual.

Objetivos específicos

- Determinar las áreas de mayor interés de la población en los problemas sociales que aquejan su salud.
- Identificar los recursos de la comuna en tanto redes disponibles y principales actores sociales para la búsqueda de soluciones a los problemas priorizados.
- Analizar los problemas de la salud reconocidos por la comunidad y sus posibles soluciones.
- Proponer de manera participativa y democrática un plan, actividades e intervenciones y una solución sustentable a las problemáticas de la comunidad.

Metodología utilizada

La actualización del Diagnóstico Participativo CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas Rurales con enfoque en los determinantes sociales e interculturalidad de Salud. Se realiza el día viernes 23 de Abril 2021, desde las 14:30 hasta 16:30 horas. Entendiéndose como un proceso de levantamiento de información, generación de instrumentos en una etapa.

La convocatoria fue abierta a la comunidad y su difusión fue a través de una invitación personalizada a cada correo electrónico y por grupos de whatsapp de los dirigentes/as de cada sector, enfatizando que estos compartan la invitación con las organizaciones de sus territorios.

La actividad se realiza vía ZOOM debido a la contingencia y estado actual de Pandemia en fase 1 en la que nos encontramos.

Se inicia el encuentro con la presentación de los dirigentes y equipo de salud, se contextualiza respondiendo a las preguntas ¿Qué es un Diagnóstico Participativo? ¿Para qué sirve un Diagnóstico Participativo? Y los pasos a seguir de la jornada.

Recogida de información

Para esta etapa se convocó a la comunidad en una jornada donde se instó a los dirigentes sociales para expresar las problemáticas que se visualizan en cada sector, siendo utilizadas las herramientas de Matriz de Priorización de problemas y lluvia de ideas donde se expresaron las posibles soluciones a la problemática.

Las actividades realizadas en la jornada fueron:



- Reflexión y respuesta de cada dirigente a la pregunta ¿Qué problemas y necesidades de salud pueden identificar?
- Elaboración de Matriz de Priorización del Problema.
- Lluvia de ideas con las posibles soluciones a cada problema.
- Sistematización de la Actualización del Diagnóstico Participativo.

Organizaciones representadas en la Jornada

- Unión Comunal
- CDLS de Hospital
- CDLS Huelquén
- Junta de vecinos Huiticalán
- Comité Ambiental
- Junta de Vecinos las Bodegas
- Grupo AMA
- Junta de vecinos Champa
- Equipo de Salud CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz y Postas Rurales (sector 4,5 y 6)
- Junta de vecinos el Provenir
- COSOC
- Junta de vecinos Pintué
- DIDECO Hospital
- Consejo de Desarrollo Agentes Comunitarios en Salud Mental
- Junta de vecinos villa el Esfuerzo
- Club de Adulto Mayor Los años Dorados de Águila Sur
- Junta de vecinos Kennedy.

Resultado de Diagnóstico Participativo

Los agentes comunitarios de la comuna de Paine sector Rural han identificado problemáticas en los siguientes ámbitos:



- Falta de informativos en la dispensación de medicamentos cuando cambian de laboratorio o por razones de desabastecimiento.
- Escasa atención en salud mental para la comunidad y Adolescentes.
- Aumentos de vecinos con problemáticas de salud mental.
- Escasa locomoción colectiva para llegar a los centros de salud
ARTICULACION DE LA COMUNA.
- Deficiente red estable de internet y luz.
- Deficiente red de abastecimiento de alimentos municipal.
- Aumento de microbasurales y ratones.
- Escasos puntos limpios en la localidad.
- Escasez Hídrica, la cual afecta a los agricultores y comunidad.
- Dificultad para acceder a las redes sociales por desconocimiento o analfabetismo digital.
- Aumento de violencia intrafamiliar VIF.
- Escasos controles de salud. REPERCUSIÓN PANDEMIA.
- Demora en la entrega de medicamentos por falta de estos o por renovación de receta, lo cual dificulta la continuidad del tratamiento y comunicación efectiva.
- Escasas ambulancias. HAY 4, AUMENTÓ LA DEMANDA.
- Escasa difusión de actividades promocionales y preventivas que realizan los centros de salud POTENCIAR.
- Disminución de encuentros comunales, PANDEMIA Y CUARENTENAS.

Posibles soluciones de la comunidad a las problemáticas visualizadas

- Para evitar confusiones acudir directamente a la ventanilla de la farmacia para que le entreguen la información a cada usuario o usuaria, sin intermediarios.
- Realizar conversatorios de Salud Mental.
- Realizar campañas de educación en conjunto con la oficina de medioambiente para incentivar el reciclado y disminución de basurales en las localidades.
- Capacitaciones sobre acceso a redes sociales. CAPACITACIÓN A LA COMUNIDAD POR EQUIPO DE SALUD.
- Talleres de farmacología.
- Cápsula informativa sobre la violencia intrafamiliar.

Lista de Asistentes

Nombre	Organización
Loreto Ramírez	Sector 4.CESFAM Dr. Raúl Moya
Carolina Troncoso	Sector 5.CESFAM Dr. Raúl Moya
Cristina Quinteros	CLDS Huelquén
Elizabeth Lazo	Junta de Vecinos
Fresia Tello	Unión Comunal y CLDS Hospital
Graciela Zumaeta	JV las Bodegas, Agentes comunitarios SM
Salvador Ormeño	CDLS Huelquén y Agentes comunitarios SM , COSOC
Liliana Urbina	CDLS Hospital
Ana Gómez	Agrupación AMA
Juan Francisco Vásquez Silva	JV Huiticalán
Tania Villar	Comité de Medio Ambiente
Berta Andana	Club de Adulto Mayor
Marcela Pérez	Jefa de sector 6. CESFAM Dr. Raúl Moya
Olga Hernández	Sector 5 JV
Leónides	Sector 5
Fabiola Biscarra	Encargada de Participación. CESFAM Dr. Raúl Moya
Teresa Aburto	Agrupación AMA
Carolina Arenas	Jefa de Sector 5 CESFAM Dr. Raúl Moya
Rodolfo Landaeta	Director CESFAM Dr. Raúl Moya
	JV Champa
Marcela López	JV

Matriz de Priorización del Problema

Problemas/Necesidades	Importancia del Problema en la comunidad	¿Qué tan común es el problema?	Viabilidad	¿Cómo afecta en la salud de la población?	Puntaje
Falta de informativos en la dispensación de medicamentos cuando cambian de laboratorio o por razones de desabastecimiento.	5	3	6	6	20
Escasa atención en salud mental para la comunidad y Adolescentes.	7	7	6	7	27
Aumentos de vecinos con problemáticas de salud mental	7	7	5	7	26
Escasa locomoción colectiva para llegar a los centros de salud	3	4	3	3	13
Deficiente red estable de internet y luz	5	5	3	6	19
Deficiente red de abastecimiento de alimentos municipal	3	3	3	2	11
Aumento de microbasurales y ratones	6	4	5	4	19
Escasos puntos limpios en la localidad	3	5	4	6	18
Escasez Hídricos, la cual afecta a los agricultores y comunidad	5	6	4	5	20
Dificultad para acceder a las redes sociales por desconocimiento o analfabetismo digital.	7	7	7	7	28
Aumento de violencia intrafamiliar	7	6	7	7	27
Escasez de controles de salud.	7	7	7	7	28
Demora en la entrega de medicamentos por falta de estos o por renovación de receta, lo cual dificulta la continuidad del tratamiento y comunicación efectiva.	6				
Escasez de ambulancias	6	6	1	7	20
Escasa difusión de actividades promocionales y preventivas que realizan los centros de salud	7	6	6	7	26
Disminución de encuentros comunales	7	5	7	6	25

PANDEMIA COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de Salud (OMS) en China informó sobre casos de neumonía de etiología desconocida detectados en la ciudad de Wuhan, ubicada en la provincia de Hubei. Posteriormente se identificó que los casos de esta enfermedad estaban asociados a la exposición a un mercado de alimentos en la ciudad de Wuhan y el virus responsable fue identificado el 7 de enero de 2020. El 11 de febrero de 2020 la OMS nombró oficialmente al virus SARS-CoV-2 y a la enfermedad que causa COVID-19, por sus siglas en inglés. El 30 de enero 2020, OMS declara que el brote de COVID-19 constituye una Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo 2020 se declara pandemia global, dada la alta propagación del virus a nivel mundial.

El 3 de marzo del 2020 se reporta el primer caso positivo de COVID-19 en nuestro país y el 17 de marzo el primer caso confirmado en nuestra Comuna de Paine. Desde esa fecha en adelante se ha realizado el monitoreo, vigilancia y trazabilidad de los casos positivos en la Comuna.

Junto a lo anterior, se implementan diversas estrategias con el objetivo de entregar cobertura a la población y de paso contribuir en la mitigación de la Pandemia en la Comuna. En total son 10 Estrategias que se realizan de forma simultánea en la Comuna, las cuales contemplan acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación.

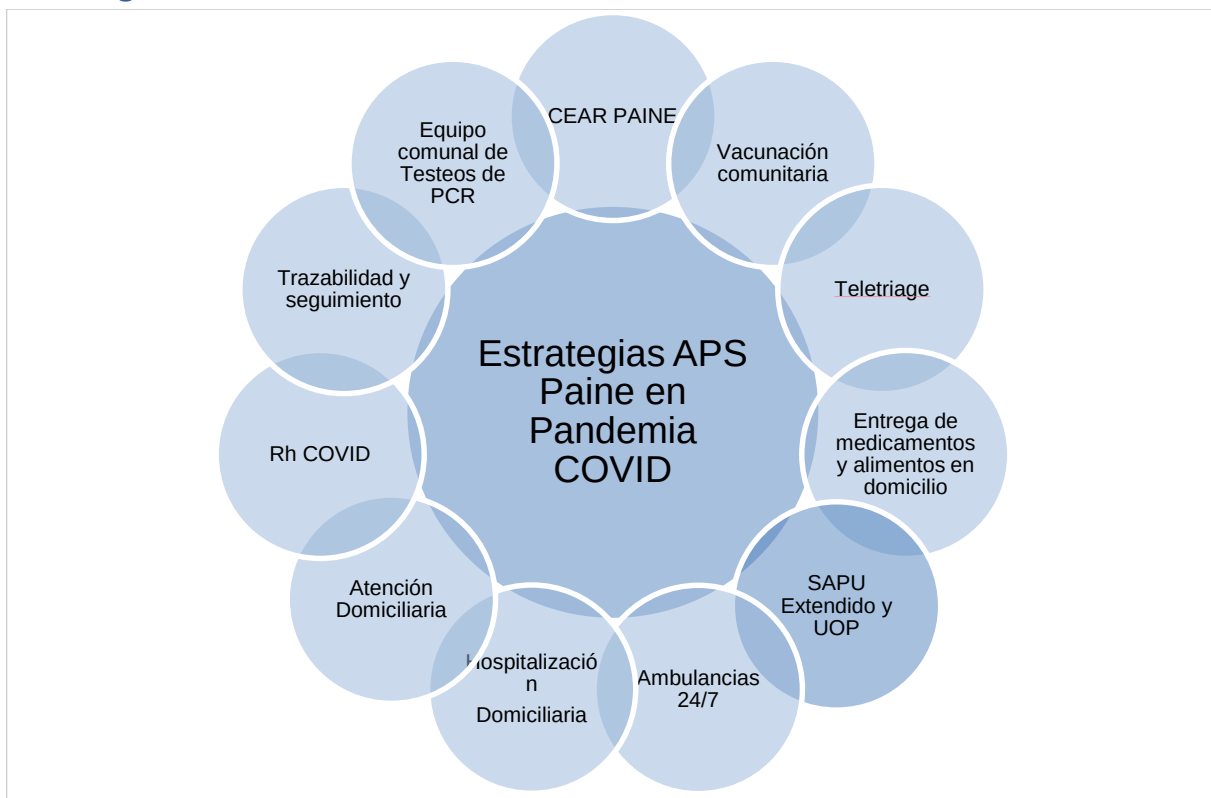
Dentro de las actividades preventivas se encuentra en equipo de Testeo y Búsqueda activa de casos, quienes son los que realizan operativos principalmente comunitarios de Testeo en función de la concentración de casos y mapas de calor que nos facilita el Servicio de Salud Metropolitano Sur.

En octubre del año 2020 se realiza en Paine Centro la apertura del Centro Exclusivo de Atención Respiratoria (CEAR), el cual se implementó en instalaciones del ex CESFAM Paine. N este recinto se ha centralizado la atención respiratoria del CESFAM Miguel Solar, de manera que este pudiera tener una mayor disposición de instalaciones y prestaciones para la Comunidad.

Desde el Departamento de Salud se dio continuidad a la Estrategia de Hospitalización Domiciliaria, la cual se reforzó en abril del 2020 con otro equipo financiado por el SSMS. Junto a este refuerzo se implementaron dos equipos de atención domiciliaria, dos equipos de entrega de medicamentos en domicilio y un equipo de Rehabilitación COVID-19.



Estrategias de atención Pandemia Covid-19

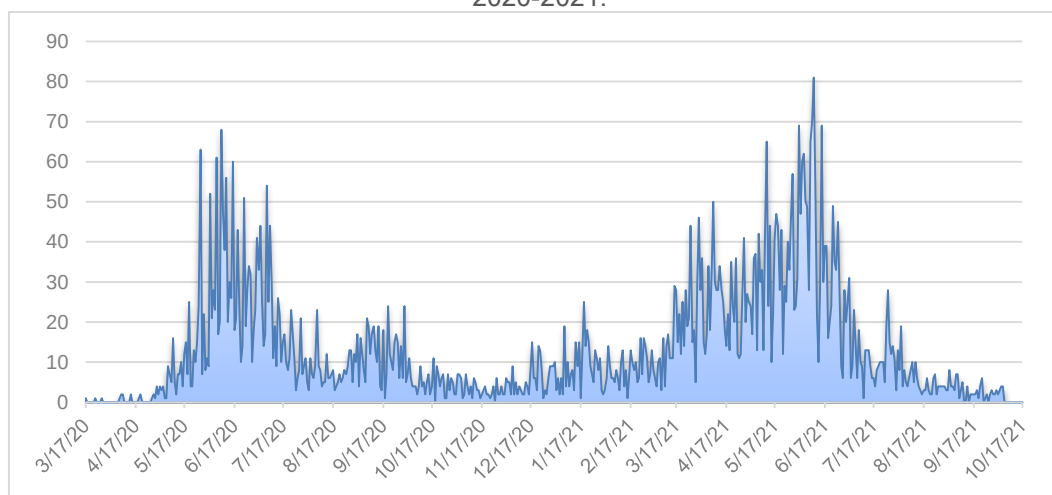


Comportamiento Pandemia COVID-19

El primer semestre del año 2021 la Pandemia se mostró con un mayor impacto, tanto en sus casos diarios, como casos totales y también en la demanda Asistencial. Factor que estresó la red como se había visto el año 2020. En la Comuna se tuvieron que nuevamente suspender y priorizar atenciones de Salud, para fortalecer el trabajo de Trazabilidad. Esta reconversión de funciones nos llevó a tener cerca de 40 funcionarios realizando esta labor ya que se llegó a tener 81 casos diarios y 457 casos activos.

Dada esta alta demanda asistencial el SAPU Comunal extendió su horario de funcionamiento, pasando de SAPU corto atención hasta las 12 de la noche a SAPU extendido con funcionamiento de 17 a 8 am de lunes a jueves y el fin de semana con funcionamiento de 24 horas. Además se implementaron Unidades de Observación Prolongada (UOP) en este mismo recinto, con el objetivo de absorber demanda y contribuir a descongestionar las Urgencias Hospitalarias, en especial la del Hospital San Luis Buin Paine.

Gráfico 139: Distribución de casos diarios confirmados de COVID-19 en la Comuna de Paine, 2020-2021.



Fuente: Elaboración propia, Equipo de Trazabilidad, Depto. de Salud de Paine.

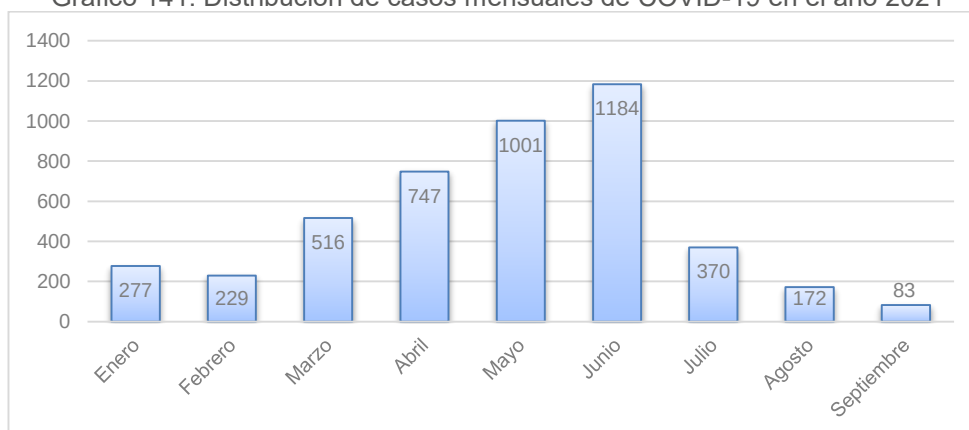
En el gráfico 139 se puede observar como la Ola de Otoño-Invierno del 2021 fue más fuerte en volumen de casos, además se sostuvo por un tiempo más prolongado ya que comienza a subir desde marzo y se mantiene en valores altos hasta julio. Respecto al número de casos diarios, al igual que el año 2020 se produce el peak en el Mes de junio, alcanzando 81 casos diarios, número superior al 2021 que fue de 64 casos.

Gráfico 140. Distribución de casos Activos de COVID-19 en la Comuna de Paine, 2020-2021



Fuente: Elaboración propia, Equipo de Trazabilidad, Depto. de Salud de Paine.

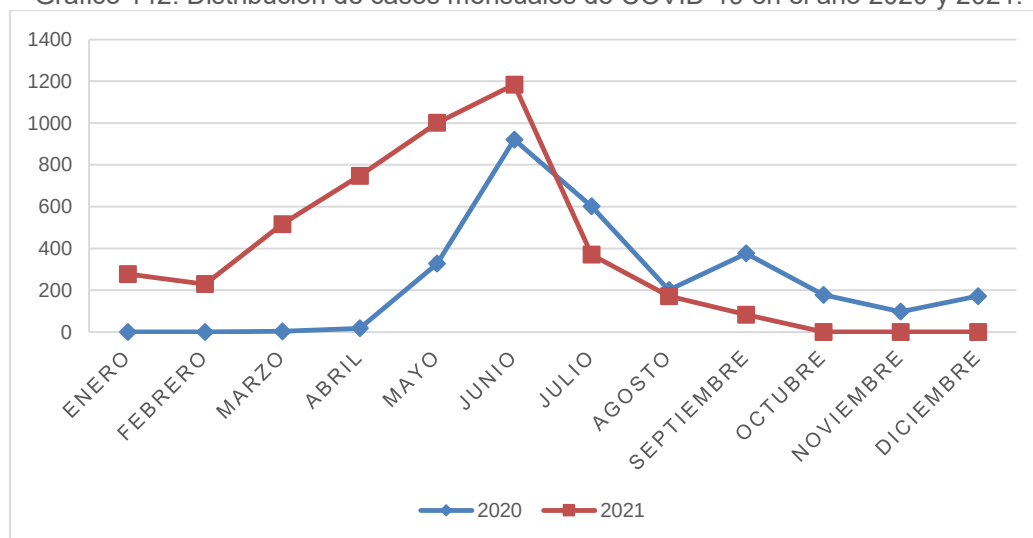
Gráfico 141. Distribución de casos mensuales de COVID-19 en el año 2021



Fuente: Elaboración propia, Equipo de Trazabilidad, Depto. de Salud de Paine.

Se observa un primer semestre con un alto número de casos, destacando Junio como el mes peak de contagios en la comuna. Posterior a ello la baja ha sido sostenida, siendo Septiembre como el mes del año con el mes con menor número de casos acumulados.

Gráfico 142. Distribución de casos mensuales de COVID-19 en el año 2020 y 2021.



Fuente: Elaboración propia, Equipo de Trazabilidad, Depto. de Salud de Paine.

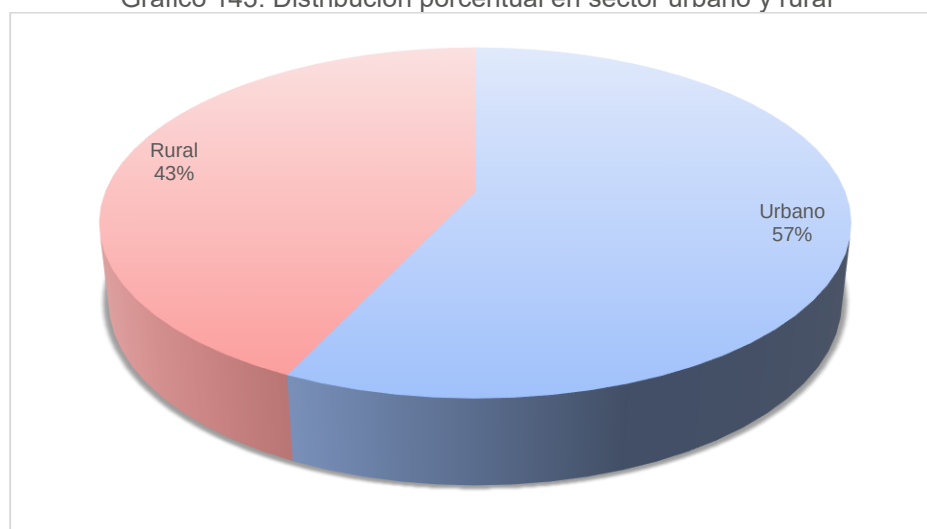
En este gráfico se puede observar como la segunda ola es superior a la del 2020. El común de ambas curvas, es que el peak se presenta a mediados de Junio en ambos años. El 2021 se observa una caída más pronunciada y en menor tiempo, situación que puede estar asociada al proceso de vacunación COVID-19.

Distribución de COVID-19 en la Comuna

Durante todos los meses de pandemia se ha realizado un seguimiento de los casos por territorio de cada CESFAM. De esta manera se plantea una distribución de los casos COVID-19 entre lo urbano y lo rural, siendo lo urbano la población asignada a CESFAM

Miguel Solar y lo rural a CESFAM Raúl Moya y PSR. La distribución de casos COVID-19 en la comuna ha sido similar pero como mayor prevalencia en el sector rural, con un 52%.

Gráfico 143. Distribución porcentual en sector urbano y rural



Fuente: Elaboración propia, Equipo de Trazabilidad, Depto. de Salud de Paine.

Estrategia de Trazabilidad

Desde marzo del 2020 en la comuna se tomó la decisión de implementar estrategias de vigilancia epidemiológica durante la Pandemia COVID-19. Esta estrategia se desarrolló con los equipos de los Centros de Salud hasta julio del 2020. Desde ahí MINSAL a través de la SEREMI de Salud implementó la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

Con esta estrategia en marcha se realizan distintas actividades, que van desde seguimiento telefónicos hasta atención domiciliaria. En la siguiente tabla se observa el número de actividades realizadas desde marzo del 2020 hasta septiembre del 2021.

Tabla 37. Total de Actividades de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento realizadas año 2020-2021

Actividades	2020	2021	Total
Investigaciones epidemiológicas	2808	4749	7557
Llamadas de seguimiento	21666	24419	49085
Visitas domiciliarias	1351	1907	3258
Operativos BAC	101	180	281

Exámenes de PCR y Test de Antígenos

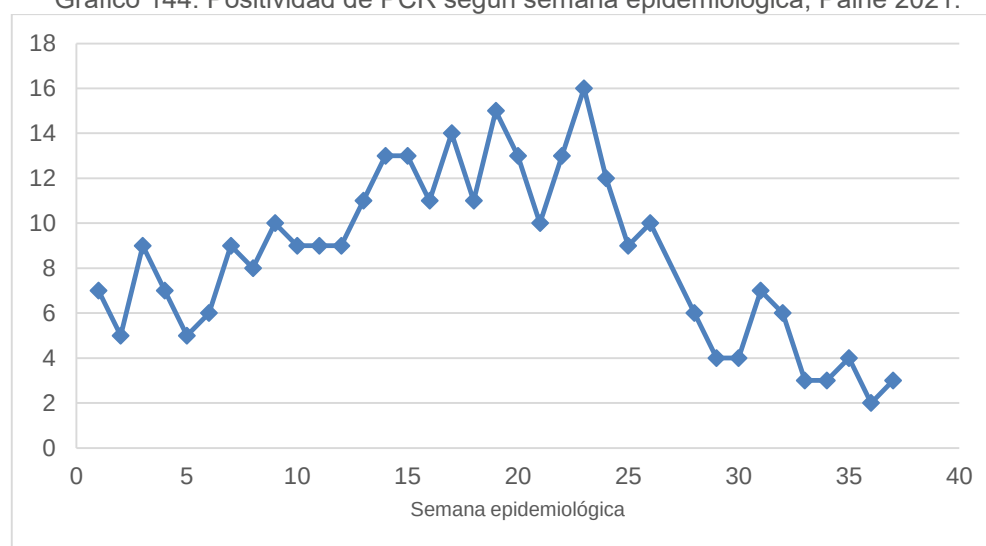
En la comuna para realizar la pesquisa y diagnóstico de PCR se realizan dos exámenes, el Test de Antígenos para aquellos pacientes sintomáticos y PCR para búsqueda activa y también pacientes sintomáticos. El resultado de estos se va monitoreando a través de la positividad de estos, esto nos indica el nivel de circulación viral en la comuna.

Desde Enero a Septiembre del 2021 se han realizado 25.790 exámenes de PCR y 5425 Test de Antígenos.

Tabla 38. Total de exámenes de pesquisa realizadas, Paine 2021

Examen	N°
PCR	25790
Antígenos	5425

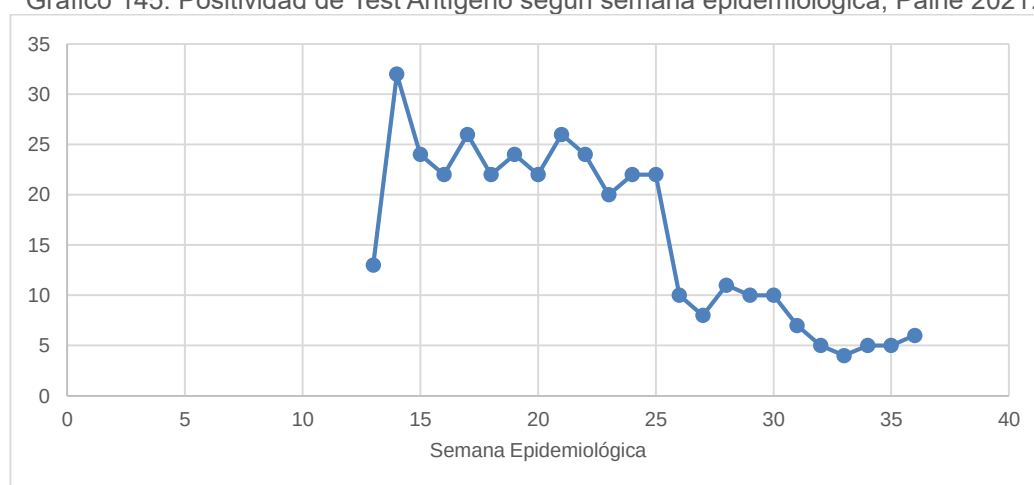
Gráfico 144. Positividad de PCR según semana epidemiológica, Paine 2021.



Fuente: Depto. de Salud de Paine

La positividad de exámenes de PCR se fue midiendo por semana Epidemiológica, según Informes de Trazabilidad publicados por MINSAL. Se puede observar en el gráfico 145 que en los momentos peak de junio se llegó a la cifra más alta con 16% de positividad. Septiembre presenta la cifra más baja de un 2%.

Gráfico 145. Positividad de Test Antígeno según semana epidemiológica, Paine 2021.



Fuente: Depto. de Salud de Paine

El test de Antígeno se aplica solamente a aquellos usuarios que tengan criterios de sospecha, se comenzó a aplicar a mediados de Marzo en nuestro SAPU y CEAR, posteriormente SEREMI nos autorizó CESFAM Raúl Moya. En total se han tomado 5425 exámenes, llegando a una positividad superior al 30% entre la décima y decimoquinta semana.



RED DE URGENCIA COMUNAL

Descripción de la Red de Urgencia

La red de urgencia de la comuna contempla el SAPUQ Paine (Servicio de Urgencia de Atención Primaria) que presta atención al sector urbano de la comuna, ubicado en Av. General Baquedano 214, adosado al CESFAM Miguel Solar, el SUR (Servicio de Urgencia Rural) que presta atención al sector rural de la comuna, ubicado en Av. Diego Portales 1441, adosado al CESFAM Raúl Moya y el equipo de ambulancias con 4 bases ubicadas estratégicamente en la comuna, con una base ubicada en el CESFAM Miguel Solar, otra en CESFAM Raúl Moya, otra en Posta Huelquén y otra en la Posta Abrantes, con la finalidad de realizar una amplia cobertura en 4 puntos fundamentales a lo largo y ancho, tratando de cubrir toda la extensión de la comuna, con el objetivo específico de facilitar el acceso y tener una respuesta inmediata a la solicitud de una asistencia de urgencia.

El SAPU Paine tiene un horario de atención de lunes a viernes desde las 17:30 a 08:00 horas, sábado, domingo y festivos en horario continuado las 24 horas. El SUR con un horario de atención de lunes a jueves de 17:30 a 20:30 horas, viernes de 17:0 a 20:00 horas y los sábados de 09:00 a 13:00 horas.

Respecto a las atenciones, éstas son categorizadas según urgencia y necesidad de atención, *por lo que no se atenderá necesariamente por orden de llegada*, pues si un paciente ingresa en una situación de salud compleja, su atención se priorizará por sobre los pacientes en condición leve.

La categorización de atención es:

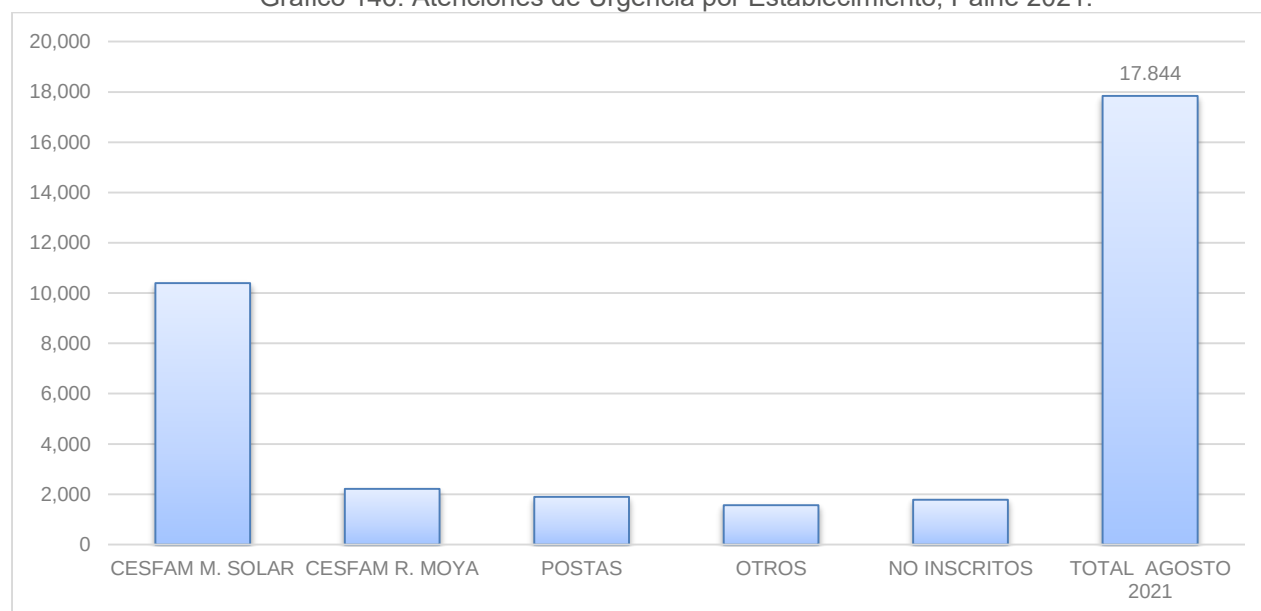
- C1: Paciente grave. Con riesgo vital inminente, el paciente pasará inmediatamente a box de reanimación.
- C2: Paciente grave. Sin riesgo vital inminente, el paciente requiere atención médica urgente. De ser necesario pasará a un box de atención a la espera de evaluación médica.
- C3: Paciente con complejidad media. Puede progresar a estado grave, esperará llamado a box de para categorización y posteriormente regresará a sala de espera hasta que sea llamado por médico.
- C4: Paciente con condición no urgente. De complejidad baja, el paciente permanecerá en sala de espera general hasta que sea llamado por médico. La condición C4 también puede ser atendido en CESFAM y esperar a una atención para el día siguiente.
- C5: Consulta general. Sin complejidad, este tipo de atención debe darse en CESFAM y puede esperar a una atención programada. Si decide esperar en sala de espera de SAPU, será atendido sin prioridad y después de cualquier otro paciente de mayor complejidad.

En la siguiente tabla y gráfico se muestra la cantidad de atenciones y distribución de la consulta por establecimiento de inscripción del paciente, entre enero y agosto del 2021.

Tabla 39: Cantidad de atenciones por establecimiento, Paine 2021

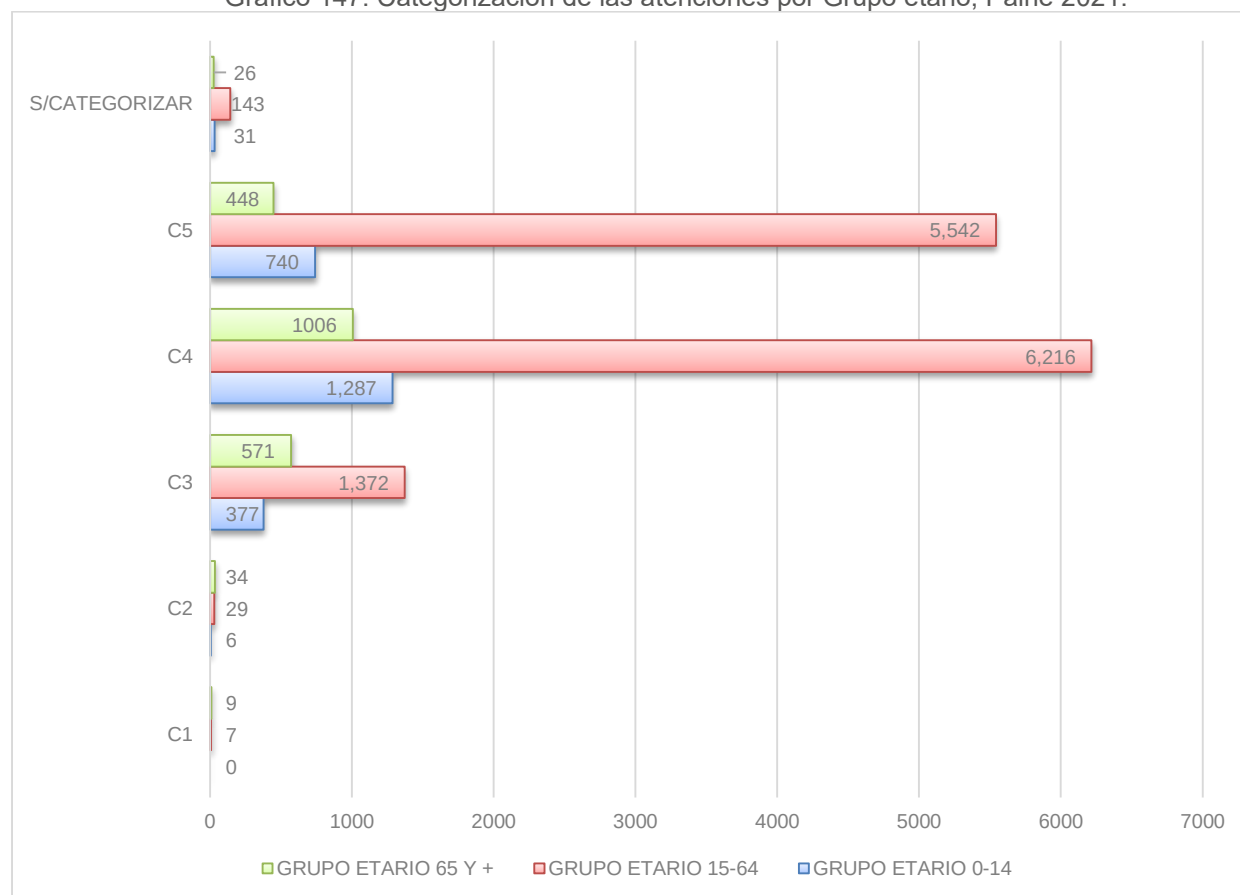
<i>Establecimiento</i>	
<i>CESFAM Dr. Miguel Solar</i>	10.396
<i>CESFAM Raúl Moya</i>	2.217
<i>PSR</i>	1.893
<i>Otros</i>	1.559
<i>No inscritos</i>	1.779
<i>Total agosto 2021</i>	17.844

Gráfico 146. Atenciones de Urgencia por Establecimiento, Paine 2021.



Se muestra en el siguiente gráfico la categorización en el triage de urgencias por grupos etarios, donde la gran mayoría de solicitudes de atención se enfoca en el grupo de 15 a 64 años (13.309 atenciones), donde podemos deducir que es la población trabajadora la cual concurre en este horario por las dificultades que puede tener en horario laboral y se condice con la categorización de patología de baja complejidad. Agregar además que la demanda de atención por sexo refleja que el 55% (9.906) son mujeres y el 45% (7.938) son hombres.

Gráfico 147. Categorización de las atenciones por Grupo etario, Paine 2021.

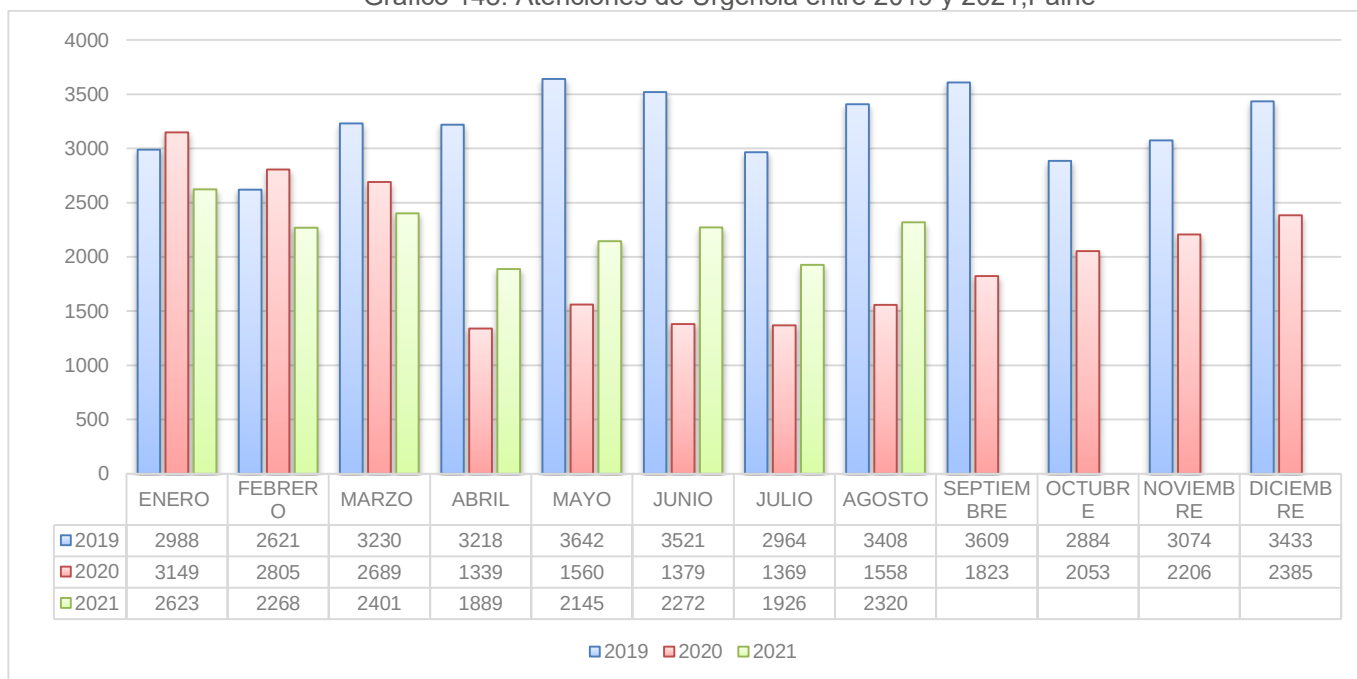


Categorización	
C1	16
C2	69
C3	2.320
C4	8.509
C5	6.730
S/categorizar	200

Podemos observar en el siguiente gráfico comparativo las atenciones realizadas de los años 2019 (38.592 atenciones), 2020 (24.315 atenciones) y 2021 hasta el 31 de agosto (17.844), el cual muestra una notable baja de demanda de atención con el inicio de la pandemia, finales de marzo 2020. Demanda que se ve disminuida en los servicios de urgencia a nivel nacional por el temor al contagio por COVID-19.

A partir de septiembre 2020 se evidencia una tendencia al alza de consultas, factor atribuible a la disminución de casos COVID-19 en la comuna y al retorno de las distintas actividades que plantea el Plan Paso a Paso.

Gráfico 148. Atenciones de Urgencia entre 2019 y 2021, Paine



Desde el 30 de marzo, según lineamientos del MINSAL, comenzamos con la toma del examen de Test de Antígeno a todo paciente sintomático respiratorio, el cual dentro de sus propósitos era disminuir la espera del resultado de 3-4 días a 30 minutos, con la cual se logra mantener desde ese minuto identificado el caso positivo y realizar un seguimiento a sus contactos estrechos, lo que lleva a disminuir los contagios.

Agregar que desde el 14 de junio 2021, comenzamos con la estrategia UOP (Unidad de Observación Prolongada), con el fin de articular una respuesta integrada de la Red Asistencial, descongestionar la UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria), dar una atención oportuna, resguardar la calidad y seguridad de la atención a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda de baja complejidad.

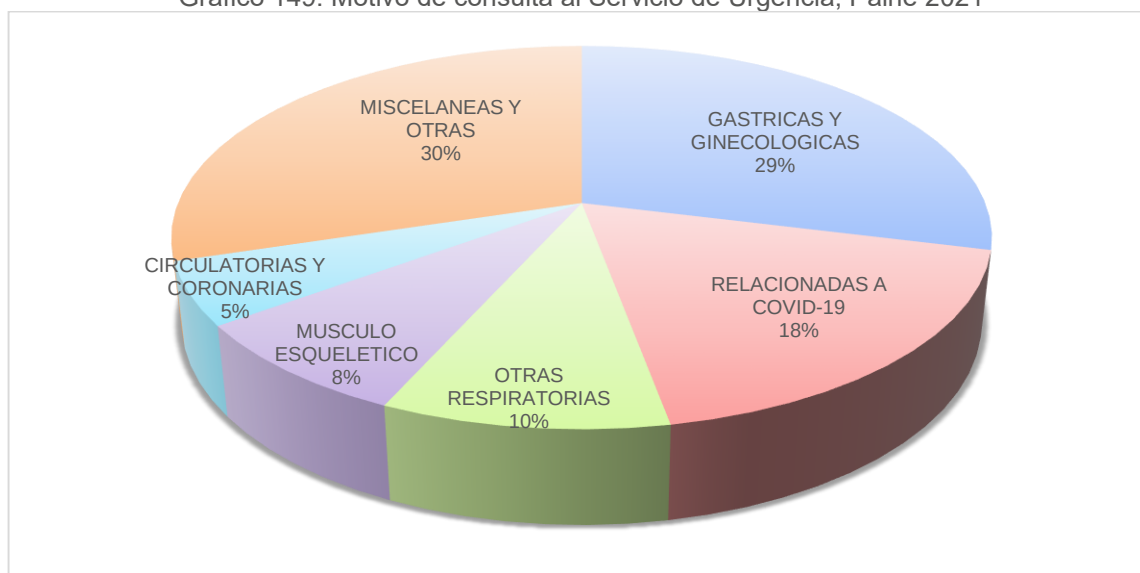
Con esta Unidad se busca evaluar y manejar intervenciones que sean posibles de realizar a nivel de APS, que pueden solucionar el problema en algunos casos, cuando los usuarios requieren de una observación prolongada con apoyo de oxígeno a bajo flujo y articular nuestra red local con el equipo de HD (Hospitalización Domiciliaria) donde nuestros usuarios no llegan a UEH o reducir el riesgo de complicaciones mientras se realiza la derivación a centros de mayor complejidad. Nuestra UOP ha realizado la atención de 45 usuarios, de los cuales solo 17 han sido derivados a Hospital de Buin.

Junto a la instalación de la estrategia UOP se suma el desafío de ampliar la atención del servicio de urgencias en horario nocturno, extendiendo esta los días de semana hasta las 08:00 horas, el fin de semana y festivos permanece abierto las 24 horas, con esta estrategia se logra atender a los usuarios en la comuna y no se deben desplazar al Hospital San Luis de Buin por patologías que en su gran mayoría quedan resueltas en el nivel local. Desde la apertura nocturna sumamos al 31 de agosto, 522 consultas en 79 días, con un promedio de atención de 7 pacientes por turno, número no menor pensando que la apertura se produce en época invernal.

En cuanto al SUR, desde marzo a agosto del 2021 contempla una atención de 1.512 pacientes, que se distribuyen en 282 pacientes atendidos de 0 a 14 años, 1.010 pacientes atendidos de 15 a 64 años y 220 pacientes atendidos mayores de 65 años.

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de la atención por patologías consultantes, donde predominan las patologías de índole gástrico-ginecológico, seguido de patologías relacionadas con Covid-19, sea confirmación o sospecha, seguida de otras patologías respiratorias descartadas de Covid-19 con la utilización del Test de Antígeno, continúan las patologías musculo esquelético, luego las coronarias y circulatorias.

Gráfico 149. Motivo de consulta al Servicio de Urgencia, Paine 2021



En un resumen de atenciones del año 2020, de las 24.315 consultas, el 15.6% (2.469 atenciones) fueron relacionadas a Covid-19, otras respiratorias no Covid-19 el 17% (2.810 atenciones), en total se atendió un 32.6% de la consulta por alguna patología respiratoria.

De los traslados de ambulancias, podemos hacer un resumen de los últimos 3 años, los que se presentan en la siguiente tabla. Donde se deduce que hubo una notable disminución de la cantidad de traslados, pero sí un aumento en la complejidad y en los tiempos de espera en la urgencia hospitalaria.

TRASLADOS AMBULANCIA		
AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021
9.228	5.602	5.876

ESTRATEGIA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

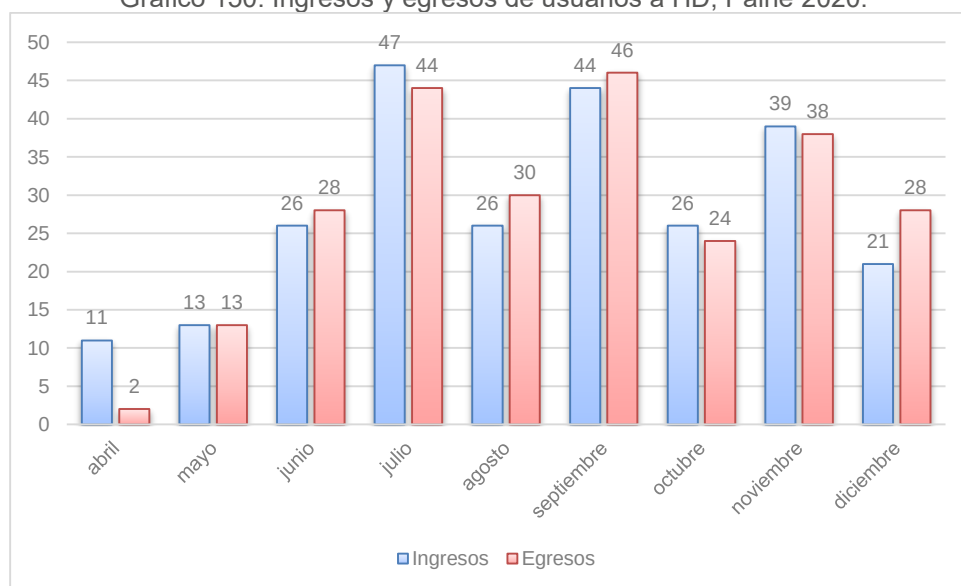
Hospitalización Domiciliaria

La unidad de Hospitalización Domiciliaria (HD) se forma en plena fase de pandemia, durante abril 2020 como estrategia de manejo hospitalario domiciliario para pacientes de la comuna de Paine durante el período de Alerta Sanitaria. Con el fin de evitar el colapso hospitalario y también para descongestionar el uso de días cama por parte de pacientes que se encuentren en condición de hospitalizar en sus domicilios.

Entre abril 2020 y Septiembre 2021, inclusive, se ingresaron 633 pacientes a la unidad, 253 el 2020 y 380 pacientes entre enero y septiembre 2021.

Respecto al año 2020 se promedió un total de 28 pacientes ingresados mensualmente, siendo Julio y septiembre los meses con mayor ingreso.

Gráfico 150. Ingresos y egresos de usuarios a HD, Paine 2020.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia a partir de registros internos.

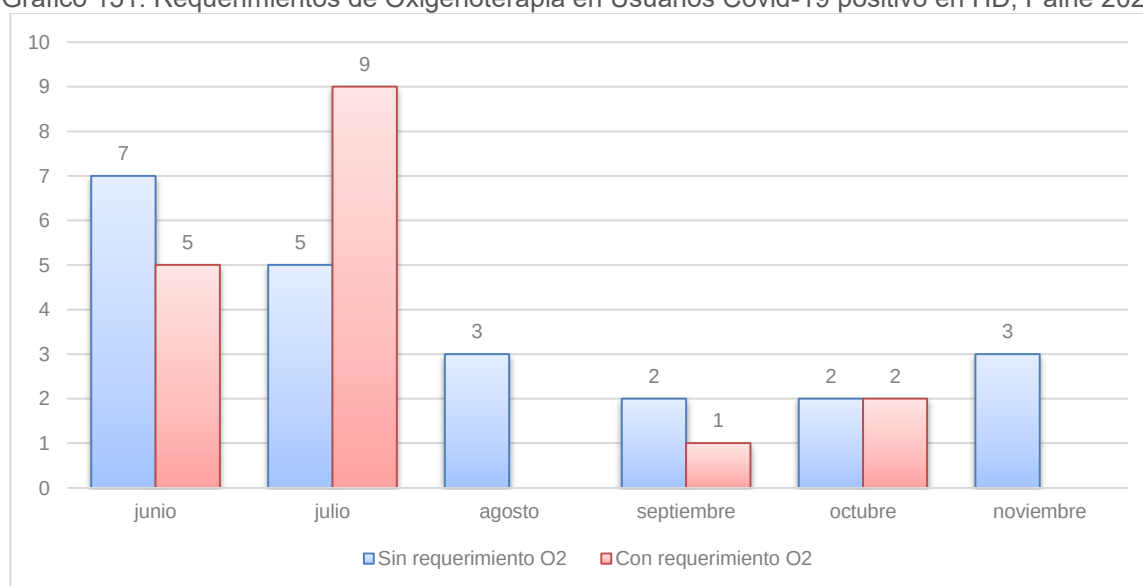
De estos pacientes, 174 fueron hombres y 79 mujeres. Hubo 230 pacientes egresados de alta, 16 trasladados al hospital por complicaciones y 7 fallecidos:

<i>Total pacientes atendidos</i>	253
<i>Hombres</i>	174
<i>Mujeres</i>	79
<i>Edad promedio de usuarios</i>	71,4
<i>Edad límite inferior</i>	15
<i>Edad límite superior</i>	103
<i>Total de visitas</i>	3834
<i>Altas</i>	230
<i>Traslados</i>	16
<i>Fallecidos</i>	7

Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

Respecto a pacientes Covid-19 positivo, se mantuvieron 39 personas hospitalizadas durante el mismo año, de los cuales 22 estuvieron con requerimiento de oxígeno y 17 sin requerimiento. Siendo Junio y Julio los meses con mayor presencia de pacientes Covid-19 Positivo en la unidad, lo que se relaciona con el aumento de casos existentes en dicho período en la Región Metropolitana.

Gráfico 151. Requerimientos de Oxigenoterapia en Usuarios Covid-19 positivo en HD, Paine 2020.

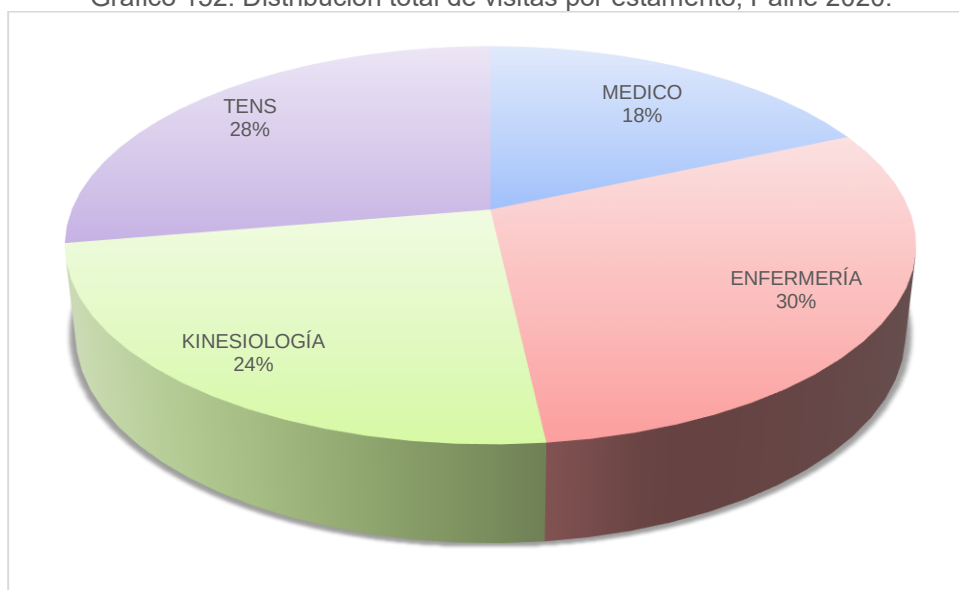


Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

Respecto al total de visitas en domicilio, entre abril 2020 y Septiembre 2021 (inclusive), se han realizado un total de 7711 visitas por parte del equipo HD, de las cuales 3834 fueron realizadas el año 2020 y 3877 entre enero y septiembre 2021.

Durante el año 2020, el 30% de las visitas la realizó estamento enfermería, seguido por TENS con 28%, Kinesiología con 24% y un 18% en visitas médicas. Esto se debe a que el equipo de enfermería junto con TENS, son los que realizan curaciones y administración de medicamentos intravenosos, preponderando estos estamentos en atenciones hospitalarias por las características de pacientes visitados.

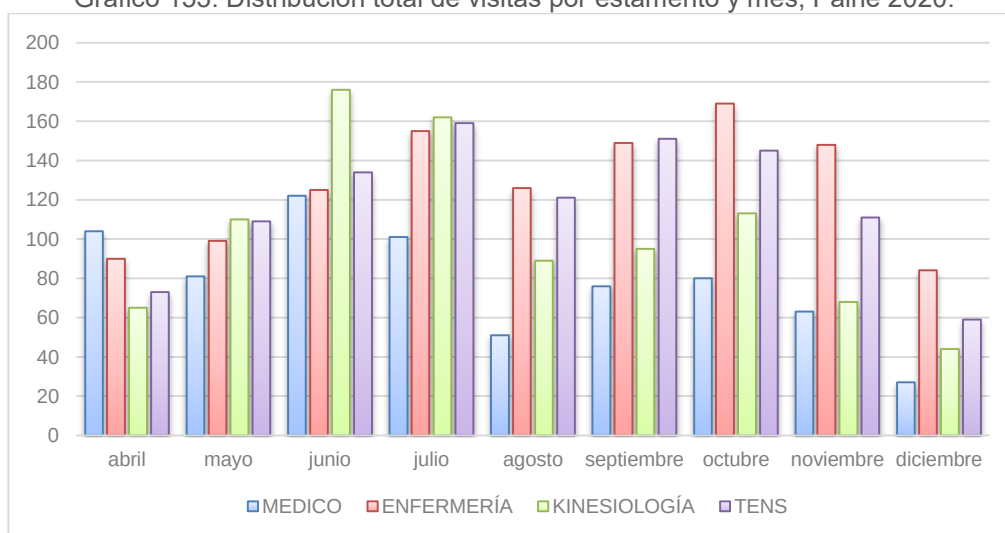
Gráfico 152. Distribución total de visitas por estamento, Paine 2020.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

Detallando el total de visitas realizadas por estamento y su distribución por mes se observa el siguiente gráfico:

Gráfico 153. Distribución total de visitas por estamento y mes, Paine 2020.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

De la planilla que a continuación se presenta, se observa el alza de visitas del estamento kinesiología durante los meses de junio y julio, relacionado al alza de casos Covid-19, los que por complicaciones respiratorias requirió mayor presencia de estos profesionales. En total se promedió 15,2 visitas por parte de todo el equipo durante el tiempo de hospitalización de los pacientes. Distribuido en promedio por 2,8 visitas médicas - 4,5 visitas de enfermería - 3,6 visitas de kinesiología y 4,2 visitas de TENS.

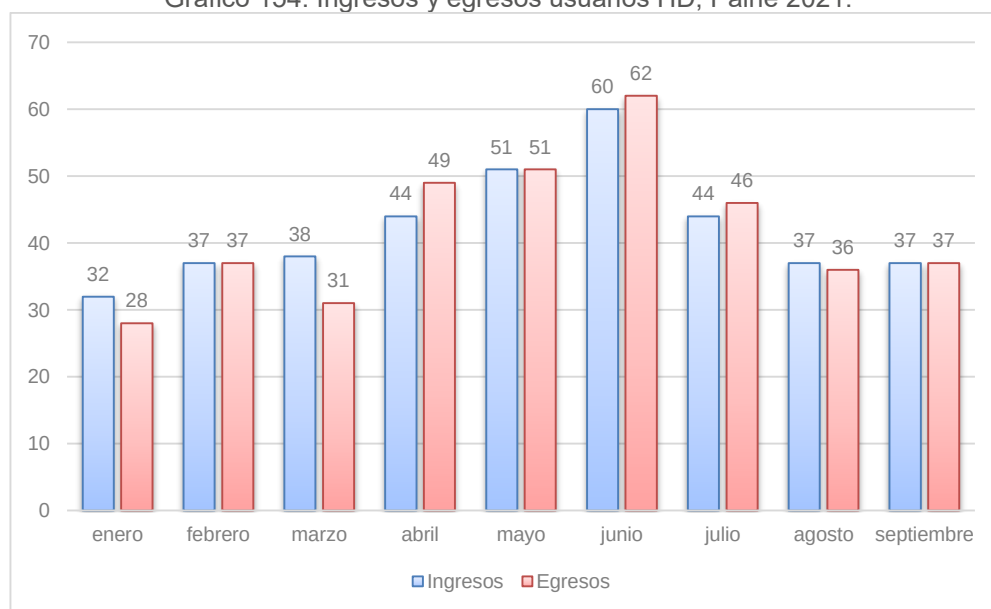
Tabla 40. Distribución total de visitas por estamento y mes, Paine 2020.

Mes	Medico	Enfermería	Kinesiología	TENS	Total
Abril	104	90	65	73	332
Mayo	81	99	110	109	399
Junio	122	125	176	134	557
Julio	101	155	162	159	577
Agosto	51	126	89	121	387
Septiembre	76	149	95	151	471
Octubre	80	169	113	145	507
Noviembre	63	148	68	111	390
Diciembre	27	84	44	59	214
Total general	705	1145	922	1062	3834
Visitas promedio por usuario	2,8	4,5	3,6	4,2	15,2

Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

En relación al año 2021 se promedió un total de 42 usuarios ingresados mensualmente, siendo Mayo y Junio los meses con mayor ingreso. Esta alza respecto al año anterior se debe principalmente a la mayor experiencia por parte de la unidad respecto a la atención y manejo de pacientes hospitalizados en sus domicilios, permitiendo mayor rotación de los mismos, ya que permanecían menos días ingresados en la unidad. (8,02 promedio de días cama en 2020, v/s 4,6 en el 2021).

Gráfico 154. Ingresos y egresos usuarios HD, Paine 2021.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

De estos usuarios, 270 fueron hombres y 110 mujeres. Hubo 346 pacientes egresados de alta, 30 trasladados al hospital por complicaciones y 4 fallecidos:

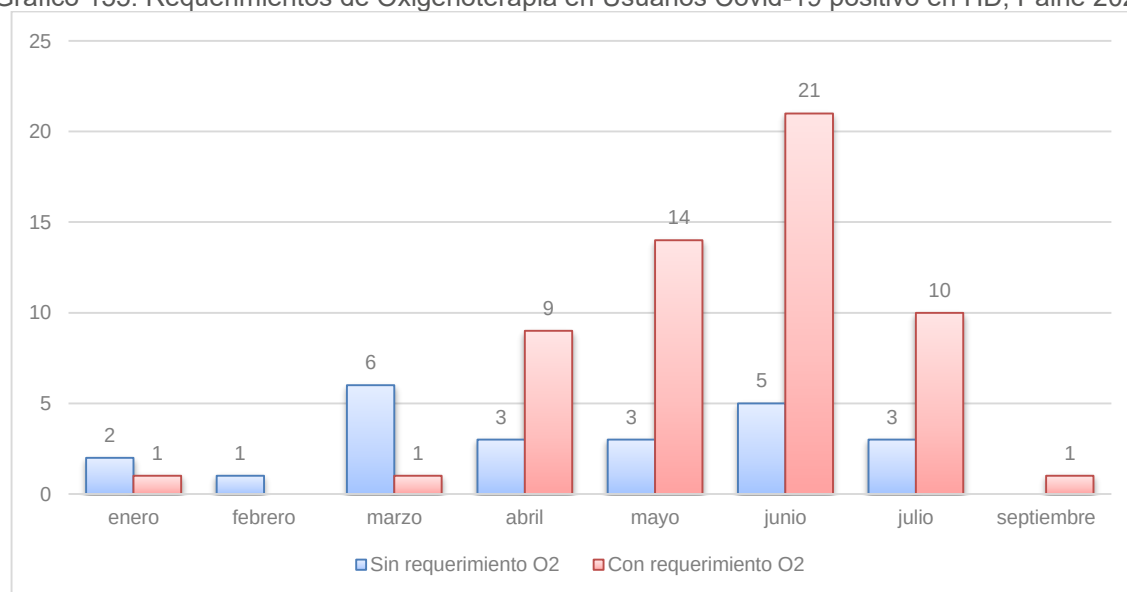
Tabla 41. Caracterización de usuarios en HD, Paine 2021.

<i>Total usuarios atendidos</i>	380
<i>Hombres</i>	270
<i>Mujeres</i>	110
<i>Edad promedio de pacientes</i>	69,8
<i>Edad límite inferior</i>	15
<i>Edad límite superior</i>	104
<i>Total de visitas</i>	3877
<i>Altas</i>	346
<i>Traslados</i>	30
<i>Fallecidos</i>	4

Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

En lo que refiere a pacientes Covid-19 positivo, se han ingresado 80 personas en lo que va del año, de los cuales 57 han requerido de oxigenoterapia y 23 no lo han necesitado. Siendo Mayo y Junio los meses con mayor presencia de pacientes Covid-19 positivo en la unidad, lo que se relaciona con el aumento de casos existentes en dicho período en la Región Metropolitana.

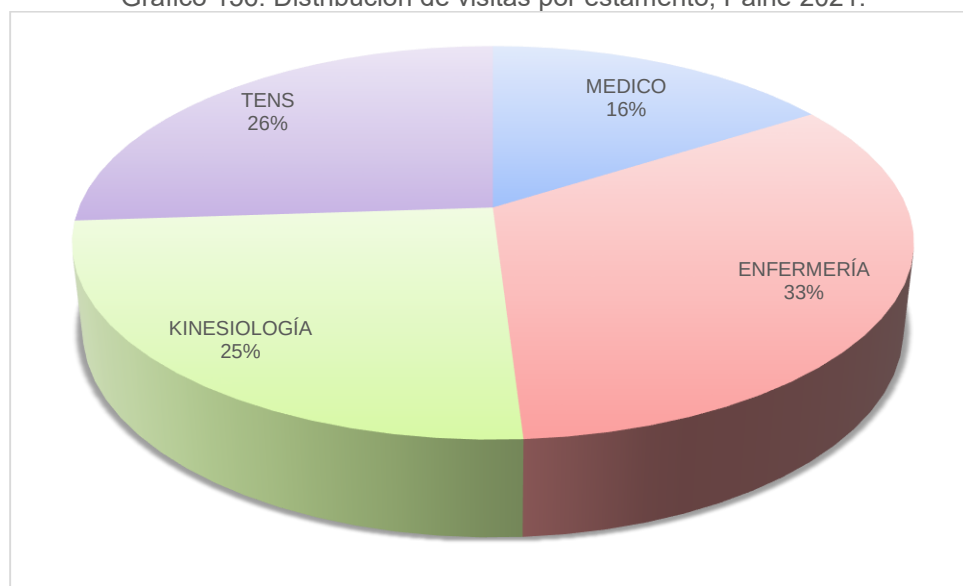
Gráfico 155. Requerimientos de Oxigenoterapia en Usuarios Covid-19 positivo en HD, Paine 2021.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

En relación al total de visitas que se han realizado durante el 2021, el 33% de las realizó estamento enfermería, seguido por TENS con 26%, Kinesiología con 25% y un 16% en visitas médicas. Manteniendo la constante dada el año 2020, con leve aumento en visitas de estamento kinesiología, debido principalmente el importante aumento de casos Covid-19 Positivo que hubo en los meses de invierno, y muchos de estos con requerimientos de oxigenoterapia domiciliaria, lo que desencadenó mayor intervención por parte del equipo kinésico.

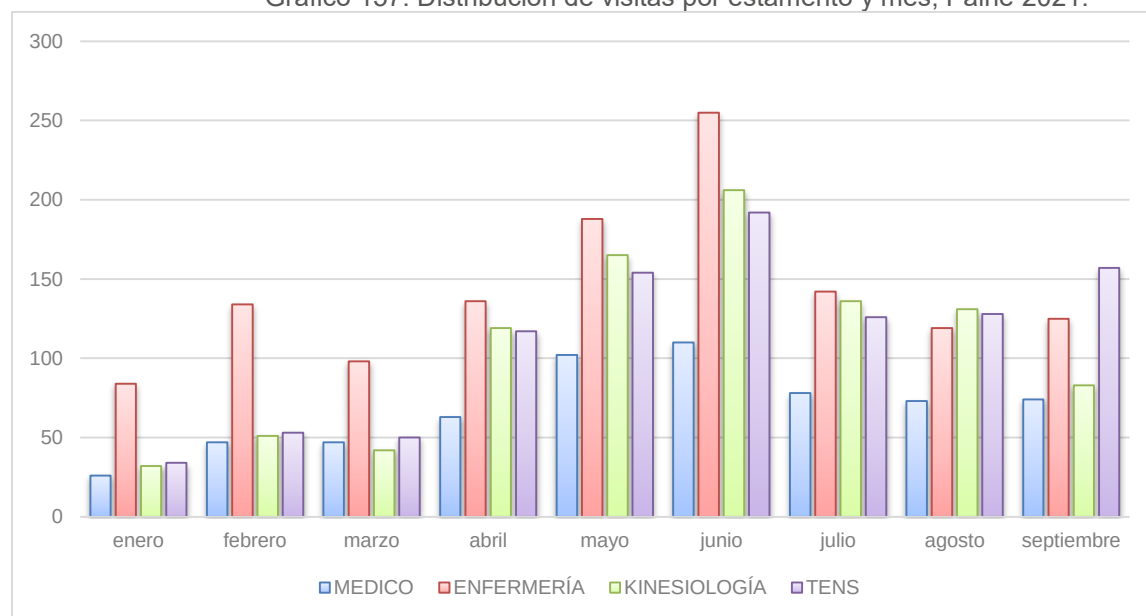
Gráfico 156. Distribución de visitas por estamento, Paine 2021.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

Detallando el total de visitas realizadas por estamento y su distribución por mes se observa el siguiente gráfico:

Gráfico 157. Distribución de visitas por estamento y mes, Paine 2021.



Fuente: Estadística HD. Elaboración propia.

De la planilla que a continuación se presenta, se observa el alza de visitas del estamento de enfermería y kinesiólogía durante los meses de mayo y junio relacionado al alza de casos Covid-19, los que por complicaciones respiratorias requirió mayor presencia de estos profesionales, considerando que además estaban con mayor requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria. En total se promedió 10,2 visitas por parte de todo el equipo durante el tiempo de

hospitalización de los usuarios. Distribuido en promedio por 1,6 visitas médicas - 3,4 visitas de enfermería- 2,5 visitas de kinesiología y 2,72 visitas de TENS.

Tabla 42. Distribución total de visitas por estamento y mes, Paine 2021.

Mes	Médico	Enfermería	Kinesiología	TENS	Total
Enero	26	84	32	34	176
Febrero	47	134	51	53	285
Marzo	47	98	42	50	237
Abril	63	136	119	117	435
Mayo	102	188	165	154	609
Junio	110	255	206	192	763
Julio	78	142	136	126	482
Agosto	73	119	131	128	451
Septiembre	74	125	83	157	439
Total general	620	1281	965	1011	3877
Visitas promedio por usuario	1,6	3,4	2,5	2,7	10,2

Fuente: Estadística HD. Elaboración propia

Esta estrategia ha permitido disminuir considerablemente la utilización de días cama en hospitales del Servicio de Salud Metropolitano Sur, además de proveer mayor comodidad y seguridad a los pacientes respecto al posible contagio de otras infecciones intrahospitalarias. Con un excelente desempeño y satisfacción usuaria, es sin duda una estrategia que se mantendrá durante el año 2022.

Atención Domiciliaria

La estrategia de Atención Domiciliaria (AD), nace en abril del presente año, como respuesta a estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. Con el fin de apoyar en visitas domiciliarias simples en aquellos usuarios Covid-19 Positivo que presentaran algún tipo de descompensación, evitando así la derivación al centro de salud y agilizando oportunamente la respuesta frente a alguna necesidad del paciente, y por otro lado, realizar atención en domicilio a pacientes de mayor riesgo frente posible contagios, como población cardiovascular y mayores a 75 años, como también en población infantil menor a 5 años.

Dicha estrategia se entrelazó muy bien con la unidad de HD puesto que aquellos usuarios descompensados Covid-19 Positivo y que requerían mayor intervención, por requerimiento de Oxigenoterapia domiciliaria o administración de medicamentos IV, eran derivados oportunamente a hospitalización domiciliaria, evitando así derivaciones a centros de urgencia de la red y por lo tanto apoyando en la no sobrecarga del nivel terciario. Una vez formadas ambas unidades, en conjunto con otras estrategias adoptadas en la comuna, se reportó la disminución de un 70% de pacientes Covid-19 Positivo a nuestro hospital de referencia directo, H. San Luis de Buin y Paine.

Es así que el equipo de AD entre abril y mediados de octubre de este año ha realizado un total de 1809 visitas, promediando casi 35 visitas semanales, 7 diarias. De estos, 1462 han sido visitas a pacientes no Covid-19, mayoritariamente pacientes cardiovasculares y personas mayores de 80 años, y 347 visitas a pacientes descompensados por Covid-19.

De los pacientes intervenidos, se realizaron casi 700 procedimientos (exclusivos) en domicilio, como curaciones, tomas de exámenes, tomas de presión, tomas de glicemia, etc. Independiente al total de procedimientos que se realizaban en algún control cardiovascular u otro, donde se realizaban este tipo de intervenciones.

El equipo médico ha realizado un total de 801 visitas tanto a pacientes Covid-19 como No covid-19, 534 visitas ha realizado estamento TENS y 474 estamento enfermería.

Tabla 43. Distribución total de visitas por estamento AD, Paine 2020.

ATENCIONES DOMICILIARIAS SIMPLES REALIZADAS	COVID-19		NO COVID-19	
VISITAS DOMICILIARIAS SIMPLES REALIZADAS POR	Visitas	347	1462	
	Procedimiento	39	653	
	Llamada	40	683	
	Médico	318	483	
	TENS	6	528	
	Profesional no médico	23	451	

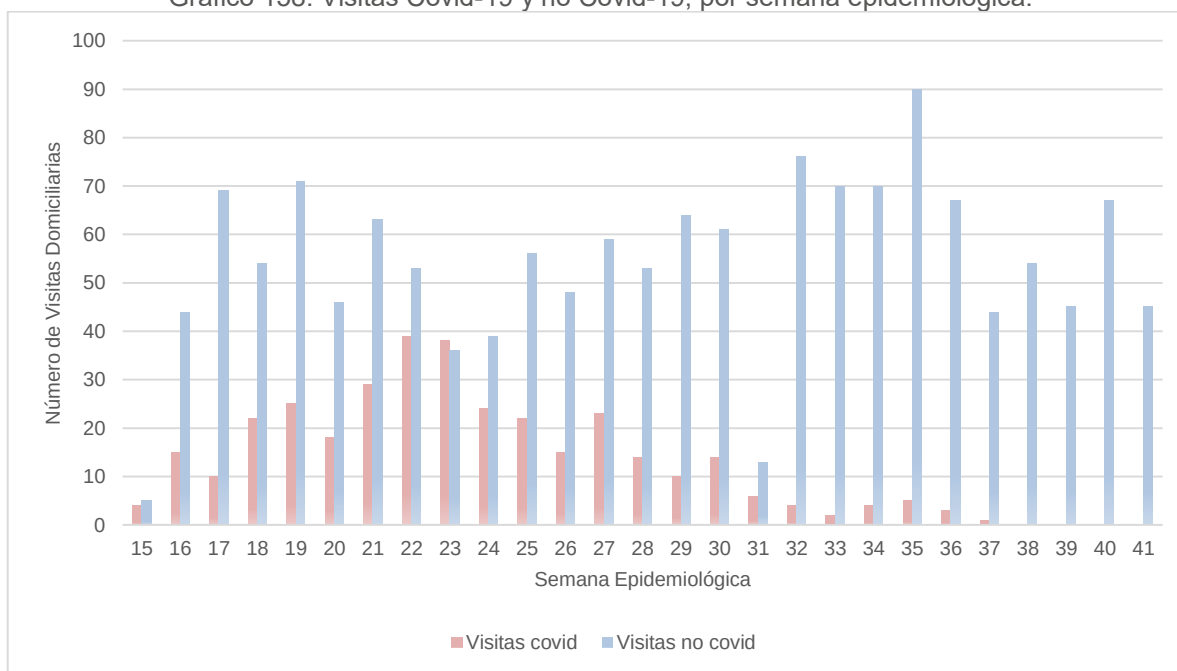
Fuente: Estadística AD. Elaboración propia

Respecto a la distribución de atenciones por semana epidemiológica, la mayor cantidad de pacientes Covid-19 Positivo que presentaron descompensaciones con requerimiento de visita médica, se generó a finales de Mayo, principio de Junio, siendo su peak en la semana 22.

Existiendo una atención inversamente proporcional, que a mayor Visitas de pacientes Covid-19, menor visitas No Covid-19, puesto que se privilegió la urgencia de estos casos por sobre el resto de la otras atenciones.

Una vez que se pudo controlar el aumento de casos a nivel país, se fueron retomando atenciones Cardiovasculares y consultas espontáneas No Covid-19, entre otras, en población de riesgo, llegando al peak de visitas en la semana 35, finales de agosto – principio de septiembre.

Gráfico 158. Visitas Covid-19 y no Covid-19, por semana epidemiológica.



Fuente: Estadística AD. Elaboración propia

La Estrategia de Atención domiciliaria simple, ha permitido mantener y retomar prestaciones básicas de la APS, que se tuvieron que disminuir o suspender producto de la pandemia. Evitando que las personas mayores o de mayor riesgo se vieran obligadas a acudir al establecimiento de salud para ser atendidas por el equipo médico. De esta manera se ha podido resolver oportunamente descompensaciones Covid-19 y no Covid-19, morbilidades agudas y se ha evitado una mala evolución de patologías crónicas como Hipertensión Arterial y/o Diabetes, en aquellos pacientes que no habían recibido sus controles de salud habituales.

TELETRIAGE

Antecedentes

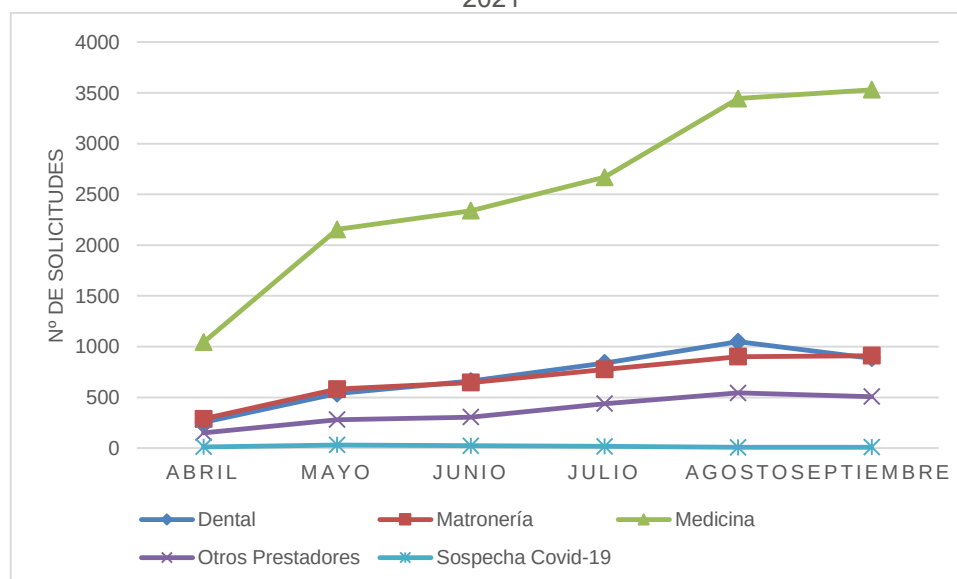
Corresponde a un sistema que utiliza las tecnologías de la información y comunicaciones (TICs) con el fin de mejorar la gestión de la demanda y la satisfacción usuaria en los centros de Atención Primaria de Salud.

Surge como un proyecto colaborativo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Plataforma 360, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) y el Departamento de Salud de la Municipalidad de Paine.

Solicitudes realizadas mediante la Plataforma

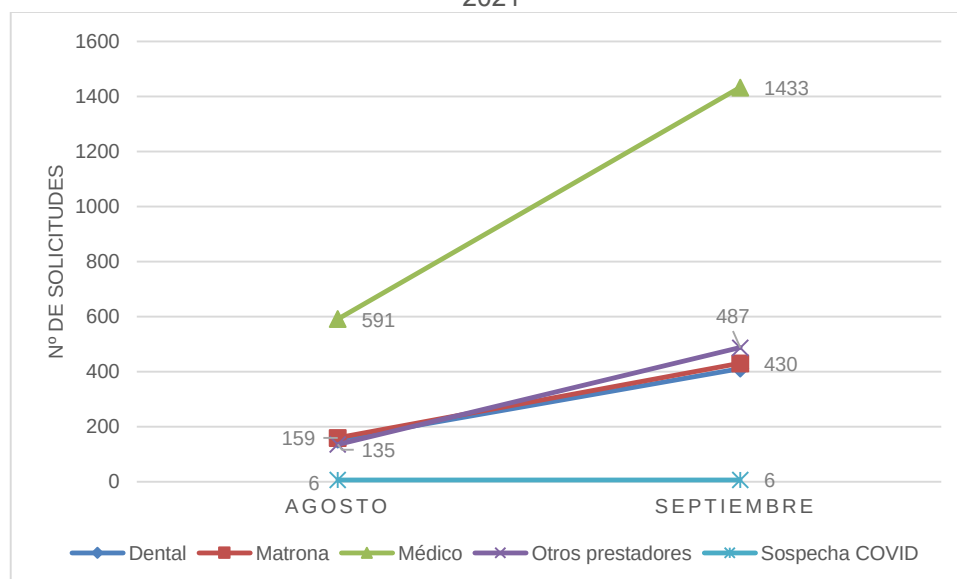
En el siguiente gráfico podemos observar el número de solicitudes realizadas en el CESFAM Dr. Miguel Solar y la tendencia entre abril y septiembre 2021, destacando que el 59% de las solicitudes en este periodo corresponden a consultas médicas, seguido por un 14,4% de solicitudes para consulta de Matronería y 13,5% de solicitudes para consulta dental.

Gráfico 159. Solicitudes mediante Teletriage en CESFAM Dr. Miguel Solar, según prestador. Abril a septiembre 2021



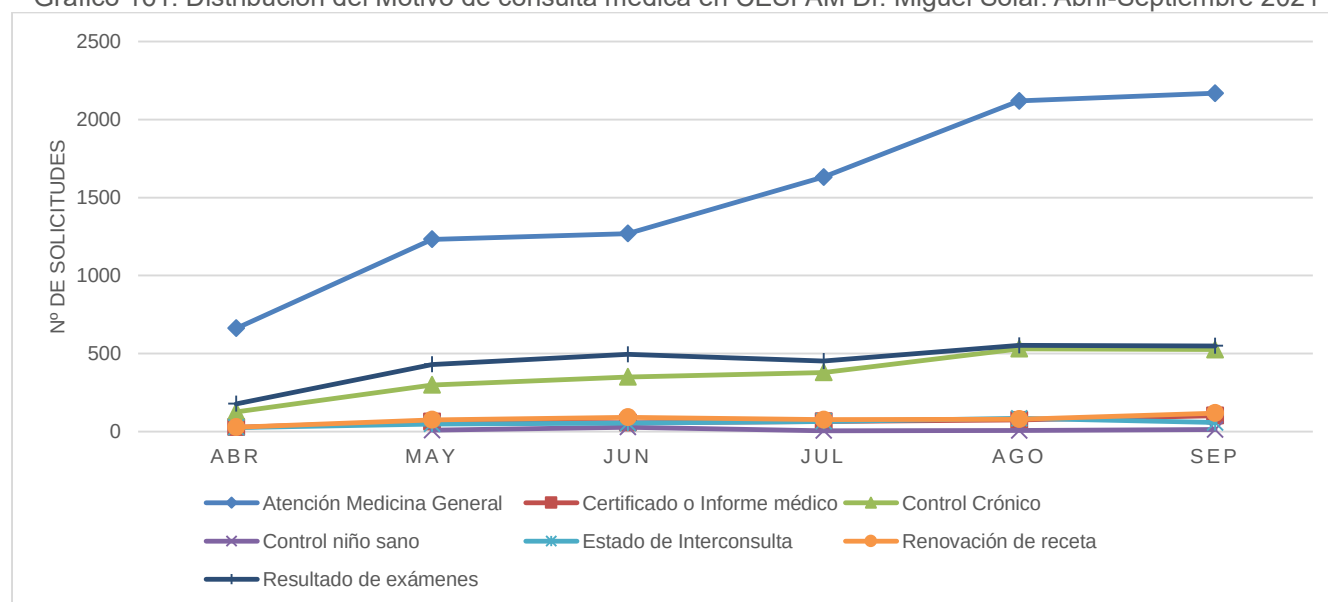
En el caso de las solicitudes realizadas para atención en el CESFAM Raúl Moya, si observamos las solicitudes realizadas entre agosto y septiembre 2021 es posible observar la misma tendencia, con un 54% de las solicitudes correspondientes a consulta médica, 15,3% a matronería y 14,7% a consulta dental.

Gráfico 160. Solicitudes mediante Teletriage en CESFAM Raúl Moya, según prestador. Septiembre-octubre 2021



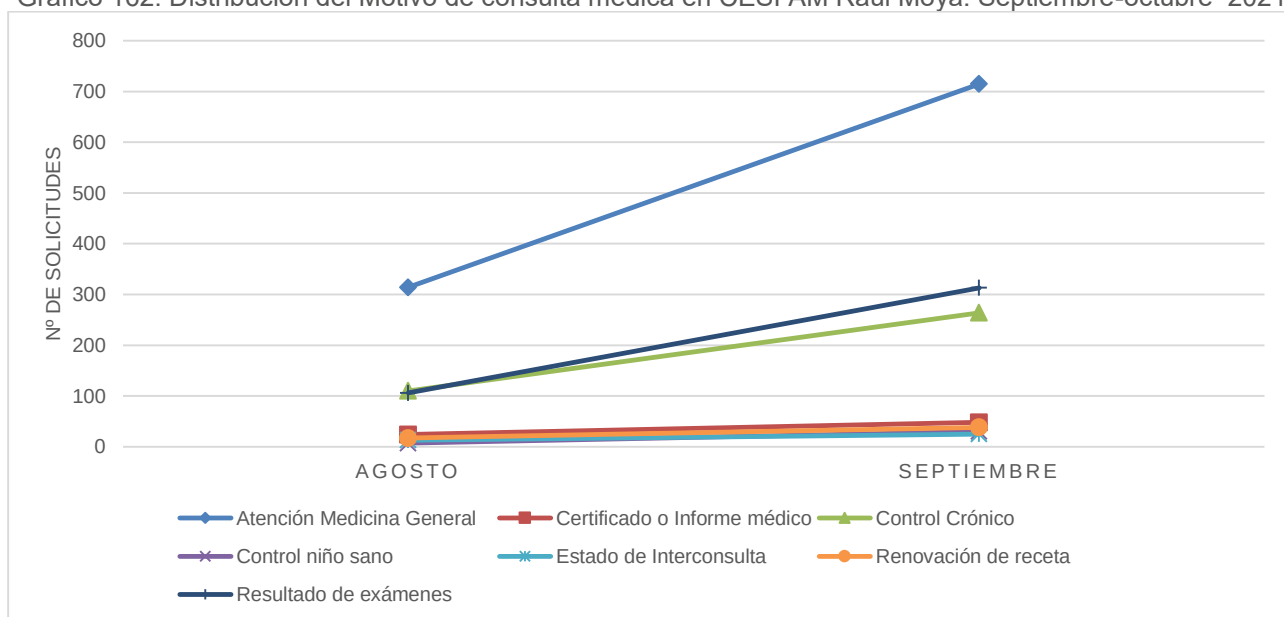
Considerando la alta proporción de solicitudes para consulta médica, podemos analizarla según motivo de la consulta. De este modo, para el CESFAM Dr. Miguel Solar el principal motivo de la solicitud es para atención médica general, seguido por resultado de exámenes y control crónico.

Gráfico 161. Distribución del Motivo de consulta médica en CESFAM Dr. Miguel Solar. Abril-Septiembre 2021



En el caso del CESFAM Raúl Moya y PSR, la distribución es similar y se observa en el gráfico 161.

Gráfico 162. Distribución del Motivo de consulta médica en CESFAM Raúl Moya. Septiembre-octubre 2021



GESTIÓN UNIDADES DE BOTIQUINES CENTROS DE SALUD

Introducción

Las unidades de botiquines de los centros de salud familiar (CESFAM) de la comuna y postas rurales son unidades de apoyo clínico y terapéutico integrado, funcional de los centros de salud, las cuales se encargan de dispensar los tratamientos farmacológicos que se indiquen a los usuarios por parte de los prescriptores legalmente habilitados, como lo son médicos, matronas, cirujanos dentistas y tecnólogo médico con mención en oftalmología para el caso de lubricantes oculares en unidad atención primaria oftalmológica (UAPO). Contribuyendo al uso racional de los medicamentos por parte de usuarios internos y externos.

La normativa vigente que regula el funcionamiento de la unidad de farmacia es la norma general técnica N° 12: sobre la organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en la atención primaria de salud, elaborada el 31 de octubre de 1995, la cual no hace referencia a la carga laboral de los funcionarios técnicos en farmacia en el área de dispensación, la única información referencial que podemos utilizar es la Guía de organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en hospitales del S.N.S.S, la que indica que en los servicios ambulatorios la carga límite para 1 ventanilla de atención debe ser 200 prescripciones diarias, considerando el trabajo de revisión, validación, digitación, preparación, revisión por parte del técnico, dispensación hacia el usuario y revisión por parte de éste.

Se realizó la revisión de las recetas y prescripciones entregadas durante los años 2019 y 2020 en ambos CESFAM como también cada posta rural, los cuales se indican en las siguientes tablas.

Tabla 44: Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 botiquín CESFAM Dr. Miguel Solar.

Mes	Recetas morbilidad	Prescripciones morbilidad	Recetas crónicas	Prescripciones crónicas	Recetas controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	2213	4350	7139	15312	307	323	26
febrero	2305	4734	6100	13352	356	367	24
marzo	2486	5045	6858	14971	433	450	26
abril	2365	4776	7308	15794	388	408	24
mayo	2409	5027	7277	15930	381	404	25
junio	3408	8195	7395	16310	389	401	24
julio	3502	8289	8450	18660	407	418	26
agosto	3179	7546	7960	17863	421	439	26
septiembre	2236	5013	6861	15315	317	330	22
octubre	2402	5229	7767	17724	347	376	26
noviembre	2532	5536	8283	18486	309	336	25
diciembre	2322	5215	7653	17308	174	194	25

Para este año se observa el aumento de recetas y prescripciones en campaña de invierno respecto al resto de los meses del año, en el caso de enero, febrero y marzo, se observa una disminución, atribuible posiblemente a la disminución de personal por concepto de

vacaciones. Para el caso de recetas controladas, la disminución en el mes de diciembre se debe al término de tratamiento con metilfenidato a los pacientes que solo lo tienen indicado en periodo escolar.

Al desagregar las prescripciones de cada tipo, podemos analizar el rendimiento por ventanilla del botiquín CESFAM Dr. Miguel Solar, respecto a dispensaciones de medicamentos.

Tabla 45: Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla CESFAM Dr. Miguel Solar

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónicas/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones totales/día/ventanilla
Enero	42	147	3	192
Febrero	49	139	4	192
Marzo	49	144	4	197
Abril	50	165	4	219
Mayo	50	159	4	214
Junio	85	170	4	259
Julio	80	179	4	263
Agosto	73	172	4	249
Septiembre	57	174	4	235
Octubre	50	170	4	224
Noviembre	55	185	3	244
Diciembre	52	173	2	227

En la siguiente tabla se observan los aumentos en las prescripciones de atenciones de morbilidad en el periodo de campaña de invierno que lleva la cifra de prescripciones días por sobre la cifra de 200 que se recomienda, adicionalmente podemos visualizar la normalización en las prescripciones de tipo crónica desde el mes de abril en adelante relacionadas directamente con la disponibilidad total del estamento clínico y técnico del centro (Figura N°1). Punto adicional es el mes de noviembre que podría ser producto de alguna estrategia por controlar a los pacientes en relación a metas.

Grafico 163. Tipos de prescripciones por día y ventanilla

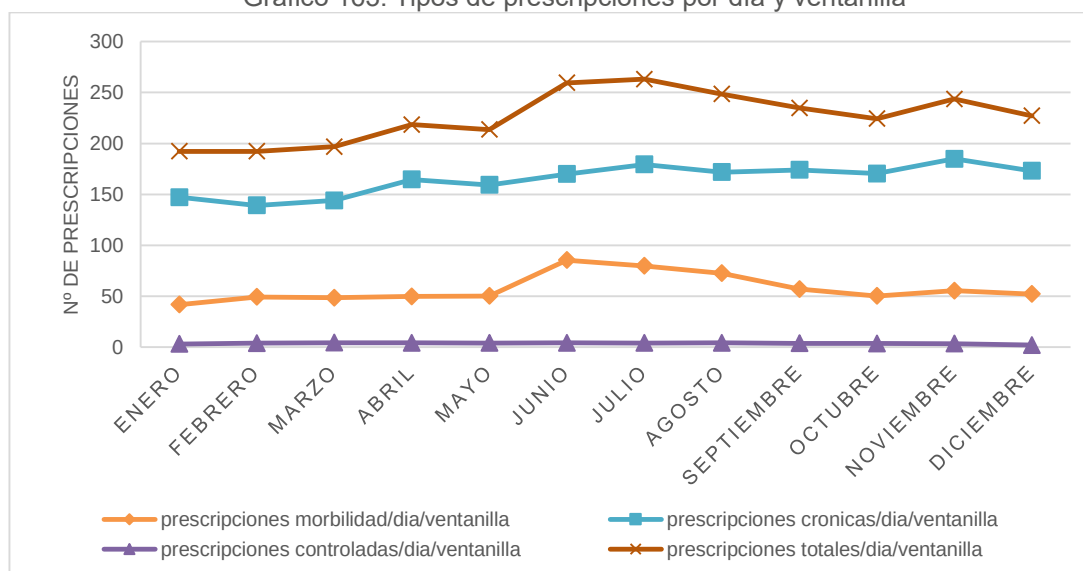


Tabla 46: Prescripciones y recetas dispensadas año 2020

Mes	Recetas morbilidad	Prescripciones morbilidad	Recetas crónicas	Prescripciones crónicas	Recetas controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	2.884	6.775	9.043	20.555	203	229	26
Febrero	2.494	5.683	7.059	15.497	225	250	25
Marzo	1.992	4.774	8.331	19.334	310	334	26
Abril	1.019	2.361	7.504	16.949	237	260	25
Mayo	1.202	2.610	6.979	15.740	203	233	24
Junio	1.420	3.310	6.678	15.558	255	277	25
Julio	1.571	3.621	7.744	17.823	324	349	26
Agosto	1.579	3.835	6.896	15.419	294	319	25
Septiembre	1.616	3.968	7.251	16.628	233	246	24
Octubre	1.774	4.475	7.357	16.377	236	261	27
Noviembre	2.062	4.944	7.288	16.537	257	277	26
Diciembre	1.892	4.561	6.815	15.455	250	270	25

Al analizar el año 2020 se observa una disminución en la cantidad de recetas controladas en comparación al año 2019, pudiendo ser el resultado de la disminución de recetas de programa SM junto con SDA, considerando el periodo de vacaciones de los usuarios que genera inasistencia al retiro de sus medicamentos.

Desde marzo en adelante las recetas de morbilidad bajaron significativamente, debido a la pandemia de COVID-19 que iniciaba en Chile y las medidas de restricción que impuso la entidad sanitaria disminuyendo la movilidad. Punto a analizar es la baja de consultas

respiratorias asociadas a neumonía o virus sincial que son característicos en meses de otoño invierno en población infantil y adulta mayor.

La disminución de recetas y prescripciones controladas se debe a la suspensión de tratamientos con metilfenidato a usuarios con indicación durante jornada escolar que durante pandemia asistieron de forma remota a clases.

Por último, para el caso de receta crónicas, se observa un comportamiento similar al año 2020 e incluso una leve disminución, consecuencia del cambio de hogar que realizaron un porcentaje de la población adulta mayor por las cuarentenas establecidas y los cuidados preventivos que debían realizar.

Tabla 47. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla CESFAM Dr. Miguel Solar

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónicas/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones totales/día/ventanilla
			a	a
Enero	65	198	2	265
Febrero	57	155	3	214
Marzo	46	186	3	235
Abril	24	169	3	196
Mayo	27	164	2	194
Junio	33	156	3	191
Julio	35	171	3	210
Agosto	38	154	3	196
Septiembre	41	173	3	217
Octubre	41	152	2	195
Noviembre	48	159	3	209
Diciembre	46	155	3	203

Al analizar las prescripciones diarias por ventanilla (Tabla nº4), estas se mantuvieron inferiores a 200 diarias, influenciado en un alto porcentaje por la baja consulta respiratoria durante el periodo otoño invierno.

Tabla 48. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz.

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	740	2544	2746	7638	22	34	26
Febrero	633	1115	2656	7411	28	37	24
Marzo	820	1437	2261	6234	63	74	25
Abril	899	1716	2138	5891	63	67	24
Mayo	936	1895	2428	6854	58	68	26
Junio	952	2037	2262	6222	60	68	23
Julio	987	1969	2718	8331	55	63	25
Agosto	921	1709	2679	7455	72	80	25
Septiembre	727	1436	2158	5962	65	66	25
Octubre	818	1570	2371	6787	50	57	26
Noviembre	823	1500	2691	7517	68	76	24
Diciembre	800	1576	2660	7536	38	46	25

Para el caso del CESFAM Dr. Raúl Moya, en el periodo 2019, también se logra observar un aumento de recetas y prescripciones en los meses de invierno en comparación al resto de los meses del año, en los meses festivos, se observa una disminución, atribuible posiblemente a la disminución de personal por concepto de vacaciones, ya sea en usuarios como funcionarios. Para el caso de recetas controladas, la disminución en los meses de enero, febrero y diciembre se debe al periodo de inicio y término de tratamiento con metilfenidato a los pacientes que solo lo tienen indicado en periodo escolar.

Tabla 49. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónica/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones totales/día/ventanilla
Enero	29	137	1	167
Febrero	23	154	1	178
Marzo	29	125	1	155
Abril	36	128	1	165
Mayo	36	132	1	169
Junio	44	145	1	190
Julio	49	167	1	217
Agosto	44	150	2	196
Septiembre	39	119	1	159
Octubre	30	131	1	162
Noviembre	36	157	2	195
Diciembre	32	151	1	184

En la siguiente tabla que esta diferenciada por prescripciones de morbilidad, crónicas y controladas, por días trabajados, por ventanillas activas (2 ventanillas en CESFAM Raúl Moya), en este caso podemos observar los aumentos en las prescripciones de atenciones de morbilidad en el periodo de campaña de invierno, que comienza lentamente a subir desde abril y disminuye sus valores en septiembre, siendo el mes de julio con mayor alza (campaña de invierno). A demás se puede observar el incremento de tratamientos crónicos en el periodo mencionado (abril-agosto) disminuyendo en septiembre.

Grafico 164. Tipos de prescripciones por día y ventanilla 2019

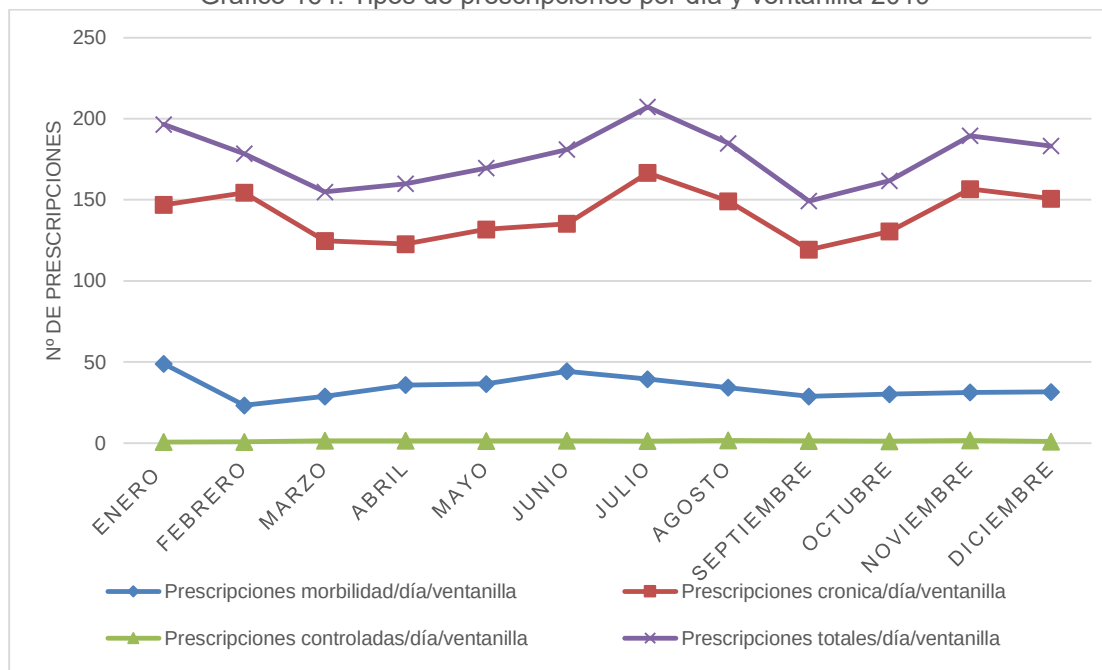


Tabla 50. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz.

Mes 2020	Receta morbilidad	Prescripcion es morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	663	1109	2892	7970	42	55	23
Febrero	710	1352	2507	7071	32	40	25
Marzo	632	1206	2945	8342	55	62	26
Abril	431	911	2117	5815	31	35	26
Mayo	413	796	1981	5219	31	31	26
Junio	488	984	2593	7355	31	36	24
Julio	612	1076	3271	8905	38	46	26
Agosto	538	1070	3012	8513	40	49	25
Septiembre	613	2460	3002	8453	40	50	24
Octubre	601	1171	2999	8543	53	67	25
Noviembre	644	1241	3083	8805	47	59	25
Diciembre	542	1049	3218	9216	55	68	24

Al comparar las recetas controladas del año 2020 con el 2019 se observa una disminución en la cantidad de recetas controladas, pudiendo ser la tendencia que al igual que el CESFAM Dr. Miguel Solar, puede ser el resultado de la disminución de recetas de programa SM junto con SDA, considerando el periodo de vacaciones de los usuarios que genera inasistencia al retiro de sus medicamentos.

Para las recetas de morbilidad en el 2020, en comparación con el 2019 se puede observar que la pandemia de COVID-19 que iniciaba en Chile, disminuyó sus consumos, debido a la baja consulta de morbilidad, debido a las medidas de restricción que impuso la entidad sanitaria disminuyendo la movilidad.

Sin embargo en los meses de invierno tiende a un alza, pero que mantuvo las enfermedades respiratorias en pediátricos con menor porcentaje de consultas. Para las recetas crónicas, en el periodo del 2020 se observa una leve alza en comparación al año 2019, generando también un alza mayor en los meses de invierno.

Tabla 51. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2020 CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónica/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones totales/día/ventanilla
Enero	24	173	1	199
Febrero	27	141	1	169
Marzo	23	160	1	185
Abril	18	112	1	130
Mayo	15	100	0	116
Junio	21	153	1	174
Julio	21	171	1	193
Agosto	21	170	1	193
Septiembre	51	176	1	228
Octubre	23	171	1	196
Noviembre	25	176	1	178
Diciembre	22	192	1	215

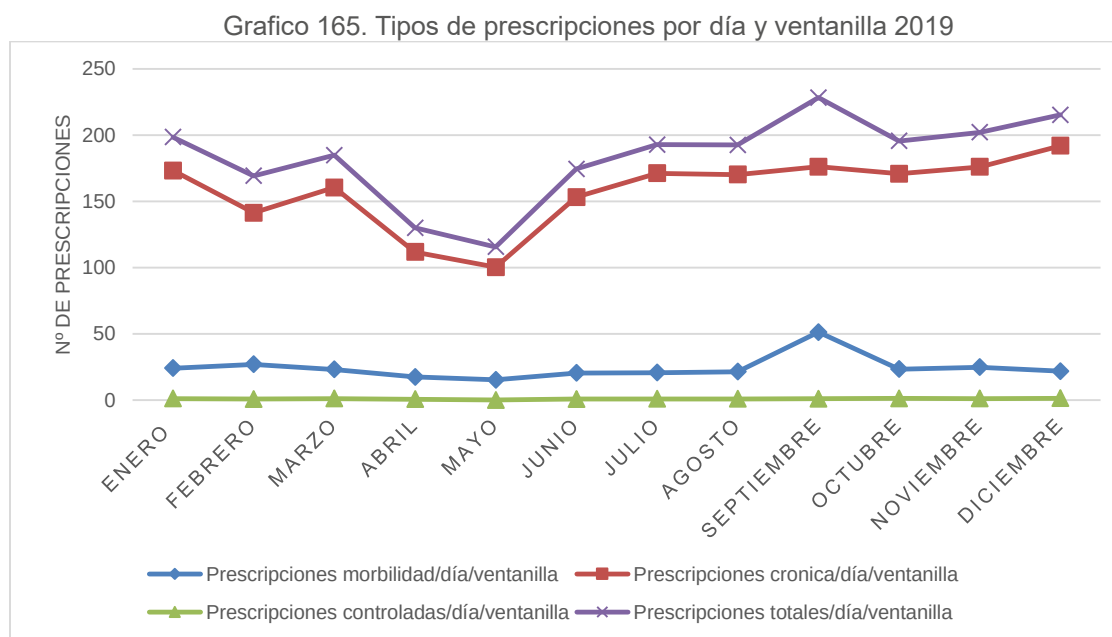


Tabla 52. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 PSR HUELQUEN.

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	523	884	1516	3852	24	24	25
Febrero	366	671	1527	3748	7	7	23
Marzo	508	867	1611	3876	21	21	24
Abril	450	837	1730	4198	15	15	23
Mayo	510	1136	1623	4009	15	16	25
Junio	561	1182	1723	4243	55	57	22
Julio	710	1542	1555	3939	47	49	24
Agosto	645	1544	1683	4266	42	42	24
Septiembre	496	1128	1190	2971	44	44	24
Octubre	632	1401	1653	4190	61	61	25
Noviembre	519	1168	1540	3784	38	38	23
Diciembre	494	1133	1348	3367	31	31	24

Tabla 53. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 PSR HUELQUEN

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla a	Prescripciones crónica/día/ventanilla a	Prescripciones controladas/día/ventanilla a	Prescripciones totales/día/ventanilla a
Enero	35	154	1	190
Febrero	29	163	0	192
Marzo	36	162	1	199
Abril	36	183	1	220
Mayo	45	160	1	206
Junio	54	193	3	249
Julio	64	164	2	230
Agosto	64	178	2	244
Septiembre	47	124	2	173
Octubre	56	168	2	226
Noviembre	51	165	2	217
Diciembre	47	140	1	189

Tabla 54. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 PSR HUELQUEN

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	469	995	1522	3843	31	31	25
Febrero	448	1045	1489	3694	24	24	23
Marzo	436	1117	1601	3982	27	27	24
Abril	269	712	1434	3575	29	29	23
Mayo	284	730	1505	3830	26	26	25
Junio	200	472	1456	3707	23	23	22
Julio	314	668	1715	4471	34	34	24
Agosto	240	570	1630	4109	15	17	24
Septiembre	332	746	1536	3930	24	25	24
Octubre	313	760	1541	3781	12	12	25
Noviembre	346	856	1686	4196	4	4	23
Diciembre	231	560	1395	3475	16	16	24

Tabla 55. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2020 PSR HUELQUEN

Mes	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónica/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones Total/día/ventanilla
Enero	40	154	1	195
Febrero	45	161	1	207
Marzo	47	166	1	214
Abril	31	155	1	188
Mayo	29	153	1	183
Junio	21	169	1	191
Julio	28	186	1	216
Agosto	24	171	1	196
Septiembre	31	164	1	196
Octubre	30	151	0	182
Noviembre	37	182	0	220
Diciembre	23	145	1	169

En las postas de salud rural (PSR) se mantienen con 1 ventanilla activa para dispensación de medicamentos, que para el caso de la PSR más grande que contamos hasta el momento, PSR Huelquén, la cantidad de prescripciones por día por ventanilla son superiores a las recomendadas (200 prescripciones) (tabla N°10), si bien en el periodo 2020 hay una leve baja a estos números las cantidades de prescripciones totales por día por ventanilla bordean las 200 prescripciones. El personal TENS de botiquín además de dispensar los fármacos e insumos dentales, debe reponer sus stocks, revisar sus medicamentos bajo control legal, mantener registro de temperaturas, citación de actualización de recetas, pedidos a bodega de farmacia, entre otras funciones, por lo que es recomendable tener una 2da ventanilla habilitada, para evitar especialmente errores de dispensación por sobrecarga laboral.

En las siguientes tablas se podrán observar las postas Chada, Pintué, Abrantes y Rangué respectivamente con 1 ventanilla habilitada en cada botiquín de sus postas. Al igual que en ambos CESFAM y la PSR Huelquén estos botiquines tienden al alza en los periodos de campaña de invierno y la disminución de las recetas bajo control legal, especialmente en los niños del programa de SDA, ya que no se encontraban de forma presencial en sus centros educacionales.

Tabla 56. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 PSR Chada

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	100	178	580	1388	1	1	25
Febrero	82	124	567	1310	2	2	23
Marzo	125	234	616	1419	3	3	24
Abril	139	266	861	1343	3	3	23
Mayo	208	374	578	1334	1	1	25
Junio	192	395	546	1269	2	2	22
Julio	179	360	648	1452	3	3	24
Agosto	158	310	579	1372	2	2	24
Septiembre	135	315	564	1323	1	1	24
Octubre	154	283	592	1364	1	1	25
Noviembre	143	262	565	1340	1	2	23
Diciembre	157	287	589	1378	2	2	24

Tabla 57. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 PSR CHADA

	Prescripciones morbilidad/día/ventanilla	Prescripciones crónica/día/ventanilla	Prescripciones controladas/día/ventanilla	Prescripciones totales/día/ventanilla
Enero	7	56	0	63
Febrero	5	57	0	62
Marzo	10	59	0	69
Abril	12	58	0	70
Mayo	15	53	0	68
Junio	18	58	0	76
Julio	15	61	0	76
Agosto	13	57	0	70
Septiembre	13	55	0	68
Octubre	11	55	0	66
Noviembre	11	58	0	70
Diciembre	12	57	0	69

Tabla 58. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 PSR CHADA

Mes	Receta morbilidad	Prescripción es morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	162	324	585	1410	2	2	25
Febrero	128	238	518	1252	3	3	23
Marzo	128	264	585	1413	2	5	24
Abril	3	5	477	1156	1	4	23
Mayo	3	5	277	623	1	1	25
Junio	9	9	464	1163	1	1	22
Julio	2	4	402	932	1	1	24
Agosto	8	12	523	1280	1	1	24
Septiembre	16	24	495	1189	1	1	24
Octubre	12	17	501	1280	1	1	25
Noviembre	14	22	519	1320	1	1	23
Diciembre	5	9	494	1274	1	1	24

Tabla 59. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 PSR PINTUE

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	157	297	901	1787	2	2	25
Febrero	127	228	741	1822	1	1	23
Marzo	102	196	745	1725	1	1	24
Abril	154	263	773	2069	3	3	23
Mayo	155	345	705	1617	2	2	25
Junio	179	405	736	1798	1	1	22
Julio	215	450	880	1692	2	2	24
Agosto	234	398	562	1632	1	1	24
Septiembre	139	253	823	2027	4	4	24
Octubre	95	220	894	2290	2	2	25
Noviembre	50	103	844	1869	1	1	23
Diciembre	70	201	806	1583	3	4	24

Tabla 60. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 PSR PINTUE

	Prescripciones morbilidad/día/ventani lla	Prescripciones crónica/día/ventani lla	Prescripciones controladas/día/ventani lla	Prescripciones totales/día/ventan illa
Enero	12	71	0	83
Febrero	10	79	0	89
Marzo	8	72	0	80
Abril	11	90	0	102
Mayo	14	65	0	79
Junio	18	82	0	100
Julio	19	71	0	89
Agosto	17	68	0	85
Septiembre	11	84	0	95
Octubre	9	92	0	100
Noviembre	4	81	0	86
Diciembre	8	66	0	75

Tabla 61. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 PSR PINTUE

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	64	121	883	2315	4	6	25
Febrero	86	176	821	2162	3	5	23
Marzo	108	227	952	2632	16	18	24
Abril	99	229	782	2133	23	25	23
Mayo	100	225	337	821	19	19	25
Junio	94	249	683	1822	20	20	22
Julio	151	330	579	1485	22	22	24
Agosto	150	323	753	2066	24	25	24
Septiembre	146	321	685	1820	20	20	24
Octubre	166	321	773	2202	14	14	25
Noviembre	159	310	789	2123	16	16	23
Diciembre	181	384	721	2047	16	16	24

Tabla 62. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2020 PSR PINTUE

	Prescripciones morbilidad/día/ventanill	Prescripciones crónica/día/ventanill	Prescripciones controladas/día/ventanill	Prescripciones totales/día/ventanill
	a	a	a	a
Enero	5	93	0	98
Febrero	8	94	0	102
Marzo	9	110	1	120
Abril	10	93	1	104
Mayo	9	33	1	43
Junio	11	83	1	95
Julio	14	62	1	77
Agosto	13	86	1	101
Septiembre	13	76	1	90
Octubre	13	88	1	101
Noviembre	13	92	1	106
Diciembre	16	85	1	102

Tabla 63. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 PSR ABRANTES

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	105	171	759	2030	11	13	25
Febrero	118	207	721	1922	8	8	23
Marzo	103	199	744	1976	39	26	24
Abril	149	293	750	1994	30	31	23
Mayo	147	325	712	1940	21	21	25
Junio	115	226	704	1896	21	21	22
Julio	152	284	747	2037	29	29	24
Agosto	159	307	745	2018	31	32	24
Septiembre	200	388	709	2027	30	32	24
Octubre	174	321	733	2041	25	26	25
Noviembre	182	342	761	2066	29	30	23
Diciembre	152	303	769	2040	18	18	24

Tabla 64. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 PSR ABRANTES

	Prescripciones morbilidad/día/vent	Prescripciones crónica/día/vent.	Prescripciones controladas/día/vent	Prescripciones totales/día/vent
Enero	7	81	1	89
Febrero	9	84	0	93
Marzo	8	82	1	92
Abril	13	87	1	101
Mayo	13	78	1	91
Junio	10	86	1	97
Julio	12	85	1	98
Agosto	13	84	1	98
Septiembre	16	84	1	102
Octubre	13	82	1	96
Noviembre	15	90	1	106
Diciembre	13	85	1	98

Tabla 65. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 PSR ABRANTES

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	113	251	785	2193	8	8	25
Febrero	72	130	746	2035	8	8	23
Marzo	129	266	706	1868	22	22	24
Abril	21	44	723	1995	14	14	23
Mayo	8	12	247	582	13	13	25
Junio	25	42	645	1839	12	12	22
Julio	17	32	357	864	12	12	24
Agosto	8	12	657	1818	13	13	24
Septiembre	15	25	676	1905	25	25	24
Octubre	9	12	748	2154	19	19	25
Noviembre	10	18	704	2029	10	10	23
Diciembre	6	10	702	2051	7	7	24

Tabla 66. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2020 PSR ABRANTES

	Prescripciones morbilidad/día/vent.	Prescripciones crónica/día/vent	Prescripciones controladas/día/vent	Prescripciones totales/día/vent
Enero	10	88	0	98
Febrero	6	88	0	94
Marzo	11	78	1	90
Abril	2	87	1	89
Mayo	0	23	1	24
Junio	2	84	1	86
Julio	1	36	1	38
Agosto	1	76	1	77
Septiembre	1	79	1	81
Octubre	0	86	1	87
Noviembre	1	88	0	89
Diciembre	0	85	0	86

Tabla 67. Prescripciones y recetas dispensadas año 2019 PSR RANGUE

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	77	153	302	787	0	0	25
Febrero	74	126	275	729	0	0	23
Marzo	103	217	306	794	0	0	24
Abril	105	200	294	777	0	0	23
Mayo	117	275	306	820	0	0	25
Junio	99	184	297	739	0	0	22
Julio	102	175	342	869	0	0	24
Agosto	80	154	312	769	0	0	24
Septiembre	99	176	317	808	0	0	24
Octubre	75	142	334	875	0	0	25
Noviembre	106	183	368	912	0	0	23
Diciembre	78	132	323	802	0	0	24

Tabla 68. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2019 PSR RANGUE

	Prescripciones morbilidad/día/vent.	Prescripciones crónica/día/vent	Prescripciones controladas/día/vent	Prescripciones totales/día/vent
Enero	6	31	0	38
Febrero	5	32	0	37
Marzo	9	33	0	42
Abril	9	34	0	42
Mayo	11	33	0	44
Junio	8	34	0	42
Julio	7	36	0	44
Agosto	6	32	0	38
Septiembre	7	34	0	41
Octubre	6	35	0	41
Noviembre	8	40	0	48
DICIEMBRE	6	33	0	39

Tabla 69. Prescripciones y recetas dispensadas año 2020 PSR RANGUE

Mes	Receta morbilidad	Prescripciones morbilidad	Receta crónica	Prescripciones crónica	Receta controladas	Prescripciones controladas	Días trabajados
Enero	89	186	348	884	0	0	25
Febrero	42	89	306	773	0	0	23
Marzo	82	168	322	819	0	0	24
Abril	14	31	299	802	1	1	23
Mayo	5	12	120	303	0	0	25
Junio	20	36	245	667	1	1	22
Julio	9	18	157	393	2	2	24
Agosto	3	6	256	703	1	1	24
Septiembre	7	10	261	721	3	3	24
Octubre	2	2	278	784	2	2	25
Noviembre	6	8	273	728	1	1	23
Diciembre	1	1	298	836	1	1	24

Tabla 70. Tipos de prescripciones promedio por día y ventanilla 2020 PSR RANGUE

	Prescripciones morbilidad/día/vent	Prescripciones crónica/día/vent	Prescripciones controladas/día/vent	Prescripciones totales/día/vent
Enero	7	35	0	43
Febrero	4	34	0	37
Marzo	7	34	0	41
Abril	1	35	0	36
Mayo	0	12	0	13
Junio	2	30	0	32
Julio	1	16	0	17
Agosto	0	29	0	30
Septiembre	0	30	0	31
Octubre	0	31	0	32
Noviembre	0	32	0	32
Diciembre	0	35	0	35

En el caso de los REM, en los periodos 2019 y 2020 no se registraban, ya que comenzamos en el año 2021 a realizar estas actividades con sus debidos registros, por lo tanto se verá reflejado en el periodo 2023.

Plan de trabajo

En relación a las unidades de botiquines y bodegas de medicamentos para el año 2022, podemos mencionar los siguientes compromisos de gestión:

1. Establecer la creación para el año 2022 del comité de farmacia a nivel comunal, para establecer planes de trabajo con los equipos clínicos de cada centro, bajar información a través de médicos referentes de cada centro hacia los profesionales prescriptores.
2. Elaboración de capsulas farmacéuticas atingentes a patologías de mayor prevalencia (HTA, DM2, hipercolesterolemia, artrosis), como también estacionales (patologías respiratorias) para los usuarios de la comuna.
3. Establecer convenios docente asistencial con institutos que impartan cursos de técnico en farmacia considerando las características socioeconómicas y geográficas de una comuna satélite como Paine. Así como también con universidades que tengan la facultad de química y farmacia, para contar con internos de farmacia por periodos de 6 meses.
4. Realizar refuerzo de recurso humano a los botiquines de ambos CESFAM durante la campaña de invierno, considerando que el año 2022 debiera tener un comportamiento similar y/o superior al visto durante el 2019, considerando el rescate de pacientes

crónicos que durante la pandemia dejaron de tener sus debidos controles médicos, como también la implementación de la estrategia multimorbilidad.

5. Mantener e implementar en postas de salud rural la revisión de los medicamentos dispensados por parte de los usuarios, a través del comprobante de retiro, el cual respalda la entrega de medicamentos como también la no entrega para casos de rechazos por parte de los usuarios de ciertos medicamentos, siendo verificador ante fiscalizaciones de la superintendencia de Salud.
6. Implementar el envío mensual del listado de pacientes inasistentes a retiro de medicamentos hacia los sectores, a fin de establecer estrategias de rescate oportunas de pacientes y prevenir descompensaciones de sus patologías crónicas.



PROMOCIÓN DE LA SALUD

Antecedentes

En el marco de las políticas y prioridades de salud que reconocen la influencia de los estilos de vida y del entorno en la salud de las comunidades, y considerando que la Promoción de la Salud es una función esencial de la salud pública, los municipios implementan estrategias y actividades para potenciar los factores protectores de la salud en coherencia con las políticas públicas de salud destinadas a construir comunidades saludables.

En este contexto el Ministerio de Salud a través de la Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables (MCCS), busca fortalecer el rol del Municipio como un actor estratégico para mejorar los resultados en salud, utiliza una herramienta de gestión que consiste en un plan de Promoción de la Salud a tres años plazo, cuyo propósito es lograr que: “Personas que residen en comunas con alta prevalencia de sedentarismo y malnutrición por exceso accedan a entornos saludables para facilitar su práctica de actividad física y mejorar su alimentación”.

Los Planes Trienales de Promoción de la Salud 2019-2021 abordarían las causas de un problema relevante de salud pública a nivel país. Este problema consiste en: “Aumento de conductas no saludables entendidas como: bajo consumo de agua, bajo consumo de frutas y verduras, alto consumo de sal, bajo consumo de legumbres, pescados o mariscos, y sedentarismo”. En este marco la causa del problema es el exceso de entornos que limitan el acceso a alimentación saludable, y el acceso a la práctica regular de actividad física. El impacto a largo plazo de estos Planes estará en el aumento de los factores protectores de Enfermedades no transmisibles.

En el presente año, se terminan de ejecutar las actividades planificadas en lo que refiere al trienio 2019-2021, las que se detallan en el desarrollo de este documento.

Descripción de actividades realizadas 2021

	<i>Actividad</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Descripción de la actividad</i>	<i>Actividades realizadas</i>
1	Realizar en medios de comunicación local (radio, tv escolares, radio y tv comunal) entrevistas a deportistas del mismo establecimiento, apoyado por profesores de educación física	Suficiente oferta de actividades deportivas y/o recreativas activas en días y horarios para la familia	Lanzamiento de campañas de difusión de vida saludable, en al menos tres establecimientos educacionales de la comuna. Se contempla la contratación del servicio de animación educativa con obra teatral de títeres.	Actividad planificada a ejecutar entre octubre y diciembre 2021.

2	Talleres vecinales de actividad física, segmentada por grupos etarios.	Suficiente oferta de actividades deportivas y/o recreativas activas en días y horarios para la familia	Actividad de carácter permanente, que representen los intereses deportivos y recreativos de los participantes locales, resguardando la calidad técnica del mismo. Requiere incorporar enfoque de género, y segmentación etaria, considerando las necesidades y requerimientos de cada grupo de la población.	Inicio de talleres de actividad física en mayo 2021 contemplados hasta diciembre 2021, estos son los siguientes: - zumba familiar - yoga familiar - movimiento prenatal - cardioactívale - psicomotricidad pre escolares activos - pausas activas a funcionarios de salud
3	Escuela de salud para líderes comunitarios	Suficientes gestores comunitarios capacitados en temáticas de alimentación saludable	Consiste en la implementación de un programa de capacitación y formación de competencias a líderes sociales y representantes de organizaciones gremiales, sindicales y de la sociedad civil de la comuna, en ámbitos de políticas públicas en promoción de la salud, sus objetivos, beneficios y procedimientos para participar de éstas, además de formación en metodologías para la promoción de la salud en comunidad.	Actividad planificada a ejecutar entre octubre y diciembre 2021.
4	Taller de alimentación saludable	Suficientes gestores comunitarios capacitados en temáticas de alimentación saludable	Realización de talleres educativos en alimentación saludable, algunos de los temas recomendados son: - talleres educativos, vivenciales y demostrativos sobre educación alimentaria y hábitos de vida saludable - sensibilización en hábitos alimentarios saludables - recomendaciones para la toma de decisiones alimentarias más saludables, según presupuesto familiar.	Inicio de actividades en junio y finalización en diciembre 2021 : - talleres de cocina saludable remotos abiertos a la comunidad. - talleres de cocina saludable en establecimientos educativos. - talleres de cocina saludable en sedes comunitarias y/o juntas de vecinos. - talleres de cocina saludable para funcionarios del desam. - cápsulas de cocina saludable publicadas en rrss.

5	Campañas locales en radios, medios de prensa escritos, y redes sociales, promoviendo actividades que incrementan la af en la comuna.	Suficientes programas de actividad física asociados a espacios públicos.	Realizar campañas a través de medios digitales (intranet, páginas web, correos electrónicos, redes sociales), escritos (boletines, periódicos, diarios murales) y audiovisuales (radio, televisión).	Actividades de difusión de actividades y educación a la comunidad a través de medios digitales y audiovisuales. Inicio abril 2021 contemplado hasta diciembre 2021.
6	Instalación de recreos y pausas activas, facilitando implementación deportiva y personal especializado en coordinación con la dirección de educación municipal.	Suficientes programas de actividad física asociados a espacios públicos.	Corresponde a actividades como juegos recreativos, juegos deportivos y juegos teatrales, son recomendadas. Los materiales deben ser: pelotas, sogas, aros, petos, elásticos, disfraces, conos. Se requiere de abogacía para intervenir en los recreos y romper el tiempo de conducta sedentaria.	Se da inicio a recreos activos en establecimientos educacionales en octubre 2021 y se proyectan hasta diciembre 2021.
7	Implementación de programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales	Suficientes gestores comunitarios capacitados en temáticas de alimentación saludable	Elaboración e implementación de programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales, a través de los cuales se sugiere a las familias alternativas de colaciones sanas que favorecen el desarrollo y desempeño académico de los niños/as, previniendo el desarrollo de enfermedades futuras.	Se da inicio en octubre 2021 a talleres en establecimientos educacionales dirigidos a alumnos-as docentes y apoderados contemplados hasta diciembre 2021.
8	Talleres educativos sobre los beneficios de la actividad física en niños. Niñas y adolescentes, dirigidos a padres, en las reuniones de padres y apoderados de las escuelas	Suficientes programas de actividad física asociados a espacios públicos	Realizar talleres educativos e informativos a los padres para poder orientar sobre los beneficios de la af en el ámbito físico y mental	Se da inicio en octubre 2021 a talleres en establecimientos educacionales dirigidos a alumnos-as docentes y apoderados contemplados hasta diciembre 2021.

9	Diagnóstico y planificación estratégica participativa	Gestión del plan	Jornada de trabajo en la cual se pretende dar a conocer la planificación de este trienio, con la finalidad de cruzar la programación de promoción de la salud con las líneas estratégicas de intervención del intersector, evaluando la pertinencia de estas actividades a la realidad local de los sectores rural y urbano. Por otra parte, comprometer la participación y colaboración de las redes municipales y organizaciones sociales en la ejecución de las intervenciones a realizar. A finales del 2021, realizar diagnóstico participativo para planificar próximo trienio.	Actividad programada a realizar entre noviembre y diciembre 2021
10	Aplicación de instrumentos de evaluación para la medición de resultados esperados y construcción o actualización línea base	Gestión del plan	Se contratará un servicio externo especializado, enfocado en evaluar técnicamente los resultados de la intervención realizada anualmente, se agrega a ello que entreguen resultados según la necesidad local en las áreas intervenidas, es decir, que los resultados se dividan por focos de intervención: salud, educación, comunidad, rescatando en estos resultados, niveles de adherencia, aumento de la participación, aumento de la percepción en estilos de vida saludable, cambios de hábitos nutricionales, mejoras de entornos comunitarios. Se pretende que estos resultados además sean un aporte significativo a las programaciones internas en establecimientos educacionales.	Actividad programada a realizar entre noviembre y diciembre 2021

11	Capacitación y formación de competencias al equipo comunal de promoción de salud	Elaboración del plan de gestión a diciembre 2021	Actividad de formación de competencias para la implementación de municipios saludables (mccs), a través de recurso local o adquisición de servicios a terceros (otec u otro)	Actividad programada a realizar entre noviembre y diciembre 2021
12	Adquisición de set de psicomotricidad, para realizar actividad física en preescolares.	Suficientes programas de actividad física asociados a espacios públicos	Compra e instalación máquinas deportivas en patios de jardines infantiles de la comuna de paine.	Intervención realizada en: - ceci rayito de sol - jardín infantil canta cuentos - jardín infantil dulce esperanza -jardín infantil melodía - jardín infantil rincconcito feliz

Tabla 71. Resumen Actividades Ejecutadas, año 2021

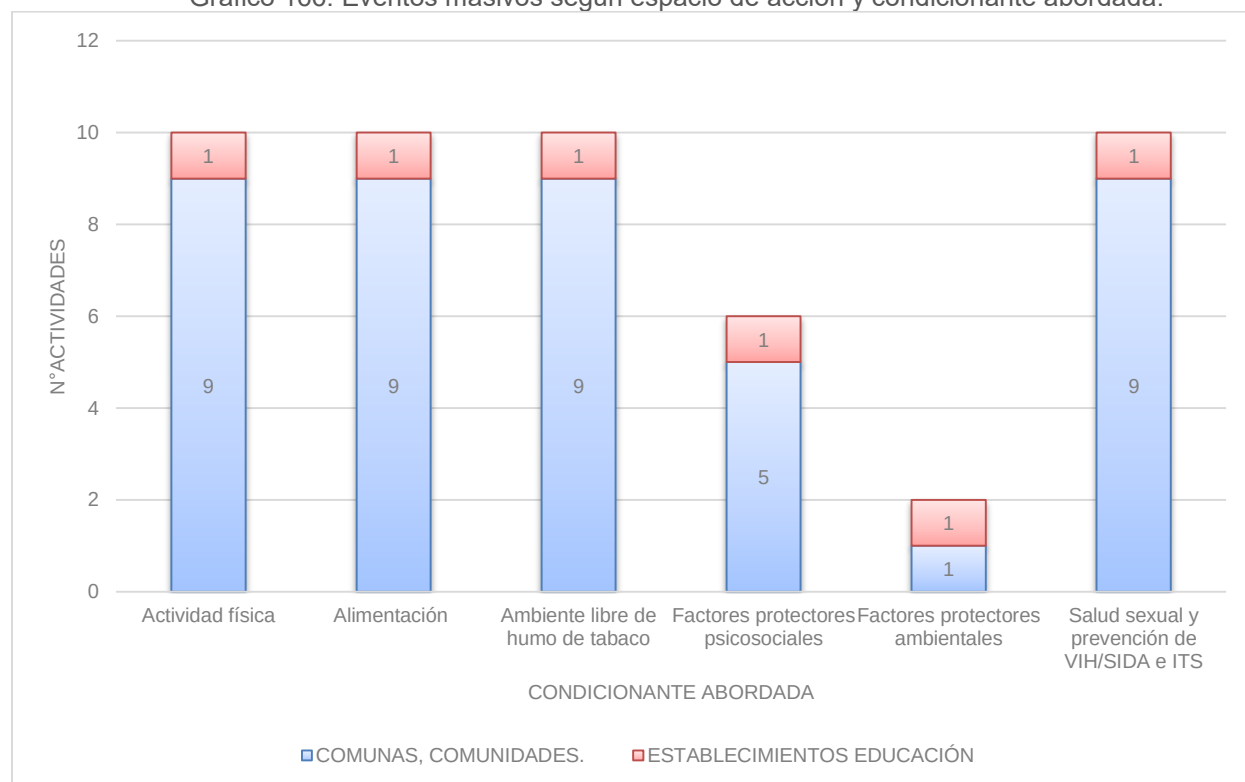
	N° Sesiones	Participantes
Talleres de Actividad Física a la Comunidad	228	1278
Talleres de Actividad Física en Establecimientos Educativos	18	188
Participación en LIVE y Radios Comunes	20	603
Clases de cocina saludable	6	29

Fuente: REM 19A Sección B.1 Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

En la tabla N°1 se muestra un resumen de actividades ejecutadas desde Enero 2021 a Octubre 2021, en donde prevalecen los talleres de actividad física a la Comunidad.

Otro punto a destacar ha sido la participación de todo el equipo de Salud en medios digitales, incorporando tanto entrevistas radiales como transmisiones en vivo por nuestras redes sociales en alianza con la Red Municipal, con un alto número de visualizaciones.

Gráfico 166. Eventos masivos según espacio de acción y condicionante abordada.

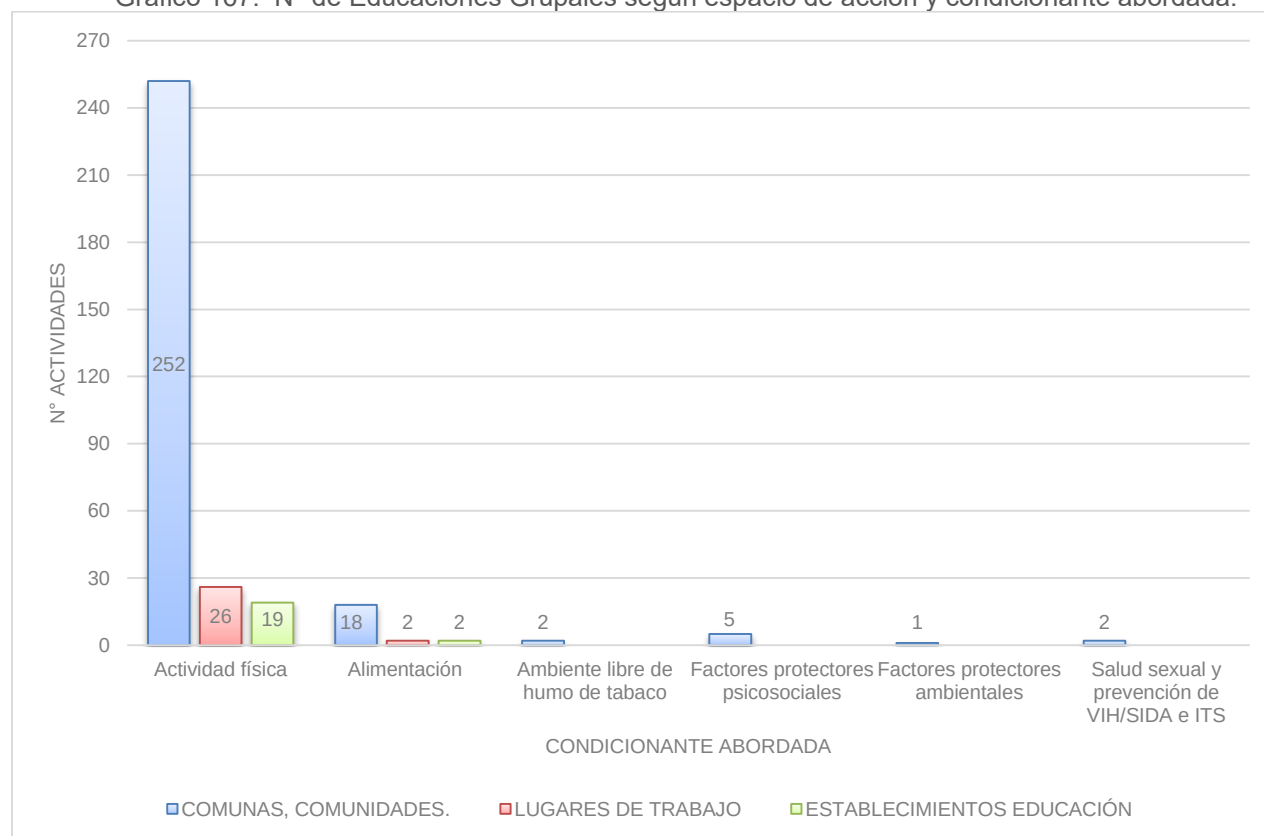


Fuente REM 19 A Sección B.1 Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

Del total de eventos masivos en los que el equipo multidisciplinario de Salud ha participado, se han abordado diferentes condicionantes que impactan en la calidad de vida de nuestra Población.

Esta participación se ha dado en los diferentes territorios de la Comuna y se ha trabajado en conjunto con diferentes oficinas Municipales, con el objetivo de abarcar mayor población participante.

Gráfico 167. N° de Educaciones Grupales según espacio de acción y condicionante abordada.



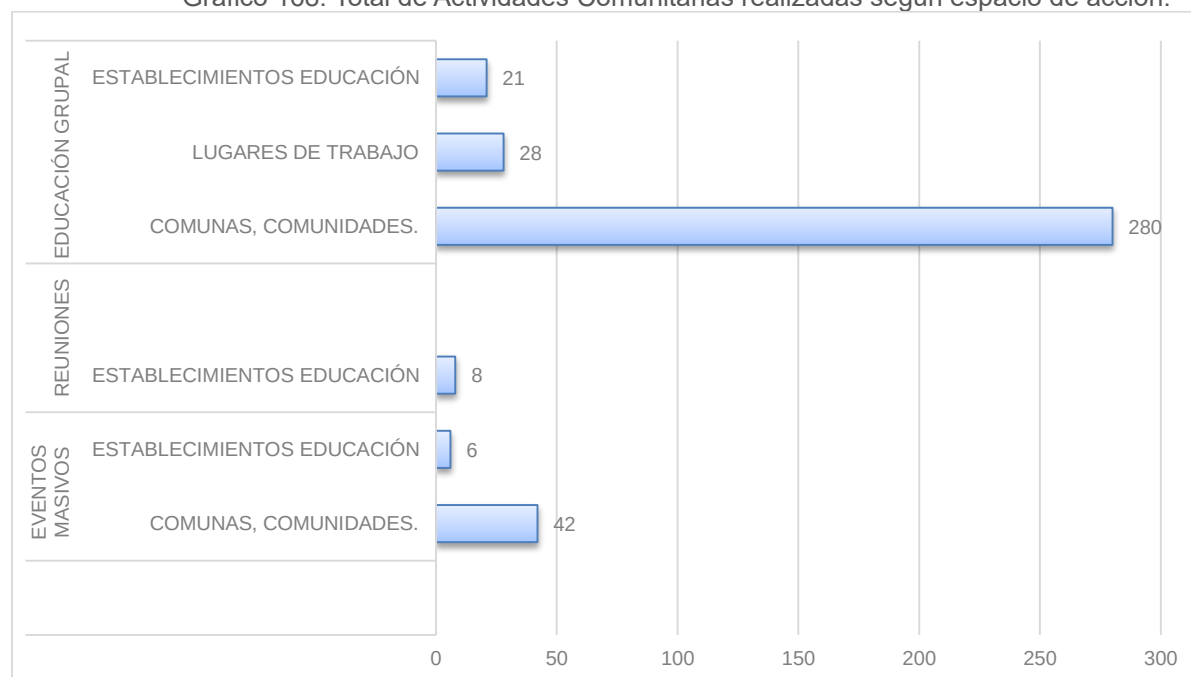
Fuente REM 19 A Sección B.1 Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

A la fecha se han realizado actividades en diferentes espacios de acción como se muestra en el gráfico, abarcando principalmente territorio en Establecimientos de Educación, Lugares de Trabajo y dirigidas a la comunidad en general.

La mayor condicionante abordada es la actividad física, incluyendo talleres de actividad física y educaciones grupales para el fomento de la misma.

A la vez se han abordado condicionantes en relación a la alimentación saludable, factores protectores psicosociales, protectores ambientales, ambiente libre del humo del tabaco y salud sexual y prevención de VIH/SIDA e ITS.

Gráfico 168. Total de Actividades Comunitarias realizadas según espacio de acción.

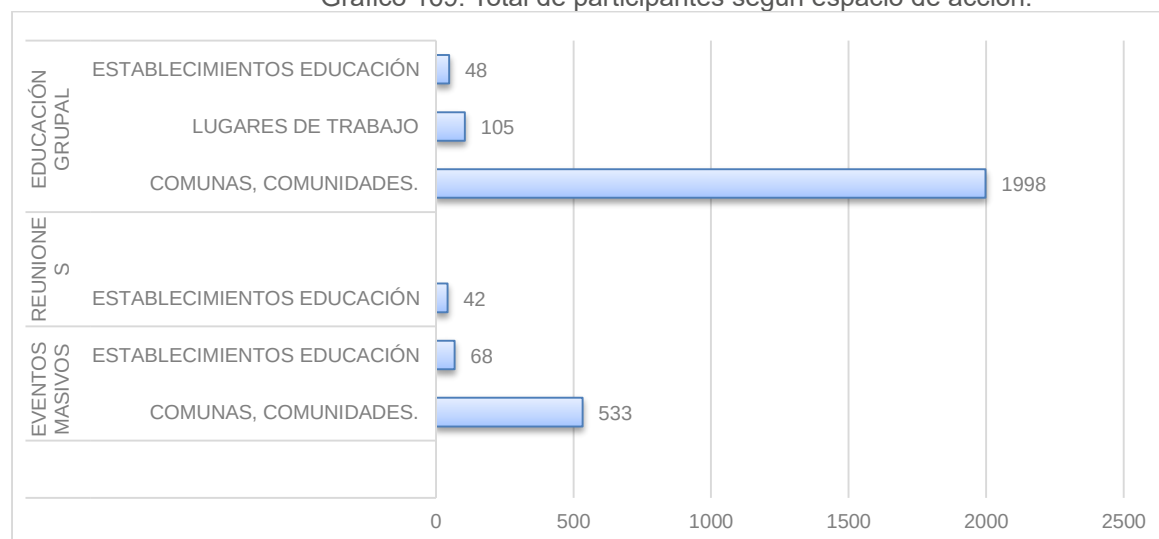


Fuente REM 19 A Sección B.1 Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

La mayoría de las actividades realizadas se refieren a Educaciones Grupales en comunas, comunidades seguidas por los Eventos masivos en el mismo espacio de acción.

Destacar que aún se están realizando intervenciones en diferentes espacios de acción como lo son Establecimientos Educativos y lugares de trabajo.

Gráfico 169. Total de participantes según espacio de acción.

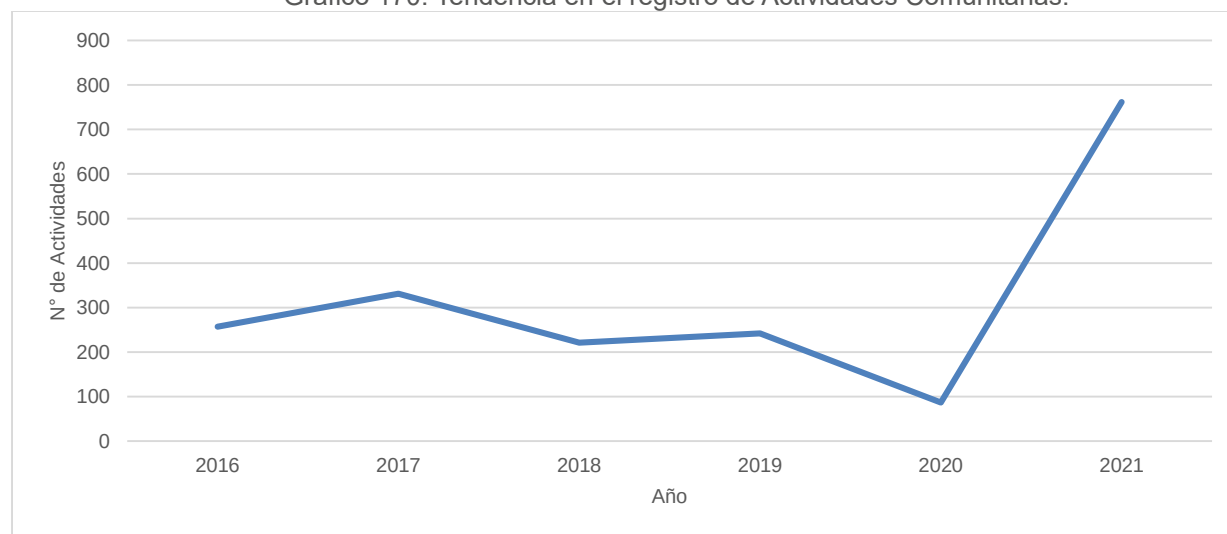


Fuente REM 19 A Sección B.1 Actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes

El total de participantes en las actividades Comunitarias realizadas a la fecha han sido 2794 personas, de las cuales la mayor concentración está en educaciones grupales en comunas, comunidades.

En segundo lugar la concentración de personas se da en los eventos masivos.

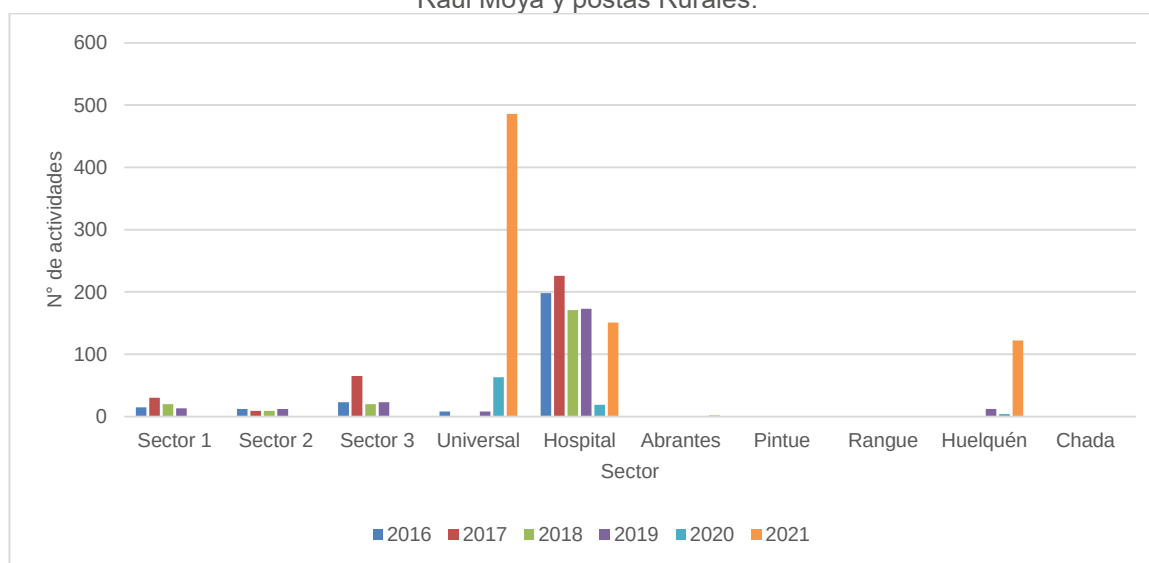
Gráfico 170. Tendencia en el registro de Actividades Comunitarias.



Fuente: <https://www.iris-salud.cl/>

El presente gráfico muestra claramente la tendencia en el registro de actividades comunitarias en sistema Informático Rayen, en donde se expresa un alza en el último año. Esto podría deberse a que los equipos no han registrado en forma correcta las actividades ejecutadas, o bien se han registrado efectivamente las actividades realmente ejecutadas.

Gráfico 171. Registro de Actividades Comunitarias en CESFAM Dr. Miguel Solar (Sector 1, 2 y 3), CESFAM DR. Raúl Moya y postas Rurales.



Fuente: <https://www.iris-salud.cl/>

El presente gráfico muestra el número de actividades comunitarias registradas por año y por Sector, Sector de Hospital es el que se muestra con mayor constancia en el número de actividades comunitarias registradas.

Se requiere el refuerzo para el resto de los sectores pero con énfasis en Sector 5, en donde no registra actividades Comunitarias ejecutadas en los últimos 6 años.

El sector Universal, es referido a todas las actividades comunitarias ejecutadas en mayor parte por el Equipo de Promoción de la Salud, pero en un porcentaje también con la participación de los equipos en actividades comunitarias, eventos masivos y participación en redes sociales de manera remota.

Planificación de actividades 2022

<i>Actividades 2022</i>	
<i>Eventos masivos</i>	Día de la juventud
	Día del niño
	Día del adulto mayor
	Día de la mujer
	Semana de la lactancia materna
	Parto respetado
	Mes de sensibilización cáncer de mama
	Día de la salud mental
	Día de la diabetes
	Semana de prevención del consumo de drogas
	Prevención de la violencia contra la mujer
	En alimentación saludable
	En actividad física
<i>Educación grupal</i>	Beneficios de la actividad física en entorno comunal y laboral.
	En alimentación saludable/talleres de cocina saludable en entorno comunal y laboral.
<i>Capacitación</i>	Práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del ee, utilizando la guía de recomendaciones de af según curso de vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC.
	En temáticas de promoción de la salud a líderes comunitarios “escuela de salud para líderes comunitarios”
	A equipos de salud de los establecimientos de atención primaria con sus respectivos consejos locales de salud en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local.

Campañas permanentes en radios y redes sociales que permitan visualizar prestaciones y actividades por parte de las unidades y programas del departamento de salud de la comuna.
Reuniones de planificación participativas de trabajo en red con intra e inter sector.
Incorporar acciones de salud intercultural en talleres de promoción considerando elementos protectores de la salud de los pueblos indígenas.
Elaboración de regulaciones (ordenanzas, reglamentos, decretos) de promoción de la salud.
Desarrollar acciones de sensibilización, educación y prácticas de autocuidado con organizaciones sociales ligadas a la aps, para la gestión riesgo de desastres en salud con foco en cambio climático y su impacto en el territorio tomando como base la matriz de riesgo regional elaborada por la autoridad sanitaria.

Proyecciones 2022

- Fortalecimiento del trabajo en Red al instaurar comisión mixta DESAM, DIDECO, DAEM, Oficina de Deportes Municipal y cualquier otra institución que se desee integrar.
- Mejorar Registro de actividades ejecutadas en Sistema informático Rayen.
- Realización de al menos un operativo de salud mensual en terreno por CESFAM, considerando la participación de equipos multidisciplinarios.
- Aumento en la cobertura de usuarios en actividades de promoción de la salud programadas en un 5% en relación a lo ejecutado año 2021.
- Trabajo en equipo para la planificación y construcción del nuevo plan Trienal de Promoción de la Salud.
- Trabajar como Eje Promocional Preventivo Comunitario en la planificación estratégica participativa para fomentar la promoción de la salud en municipios, comunas y comunidades saludables.

CALIDAD

El actual contexto de Pandemia por Covid-19 ha influido en consolidar un trabajo continuo en la calidad y seguridad de la atención en salud en la comuna de Paine.

Durante el 2021, las líneas de trabajo de la Unidad de Calidad se focalizaron en la Autorización Sanitaria (AS), Acreditación, Seguridad en la Atención y las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS). No obstante, el Plan de vacunación contra el SARS-Cov2 se sumó como línea de trabajo, representando un gran desafío, en relación a la extensión de la campaña, la organización de los puntos de vacunación, grupos objetivos y la organización local. Lo anterior, implicó una constante adaptación de la Unidad de Calidad y seguridad de la atención para el alcance de los objetivos planteados.

Política de calidad

- Misión: Somos un equipo de salud, que cuenta con dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) y 5 Postas de Salud Rural, orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las familias inscritas en nuestros CESFAM y que comparten actividades asistenciales y docentes. Los principios del Modelo de Salud Familiar, Calidad y Seguridad de atención para nuestros usuarios, son los que sustentan nuestro quehacer, y estamos comprometidos a trabajar día a día en la implementación de éstos. Contamos con equipos de trabajo calificados, involucrados y conocedores de la población a cargo.
- Visión: Ser una institución de salud que brinde atención humanizada de excelencia y calidad a los usuarios de la comuna de Paine, a través del Modelo de Salud Familiar, respondiendo a sus necesidades y expectativas. Centrarnos en promover la salud y acompañar a las personas, familias y comunidad desde una mirada integral, y juntos mejorar su calidad de vida. Poseer las competencias técnicas y humanas suficientes para cumplir la tarea, en recintos adecuados, con equipamiento y tecnología óptimos para lograr la completa satisfacción de nuestros usuarios. Participar en forma activa en la formación continua, tanto de nuestros funcionarios, como de profesionales en formación.
- Valores: Los principios éticos, humanos y profesionales; en que fundamentamos todo nuestro quehacer, no hacen más que reforzar nuestro compromiso en la búsqueda permanente de la excelencia y de la mejora continua:
 - Excelencia: Ser líderes zonales en brindar atenciones integrales con los más altos estándares de calidad basados en la evidencia.
 - Equidad: Conocer las diferentes realidades de la población, de esta forma entregar atenciones sanitarias según sus necesidades.



- Liderazgo: Destacar el actuar de los integrantes del equipo, fomentando el trabajo en equipo y meritocracia, reconociendo los talentos y aportes de cada integrante, en pos de la mejora continua.
- Compromiso: Otorgar un ambiente de trabajo, en el cual los integrantes del equipo sean capaces de entregar su conocimiento profesional y valores en cada atención de salud, fomentando la seguridad y calidad como parte de la cultura de trabajo.
- Innovación: Ser capaces de crear en conjunto un sello distintivo en nuestro quehacer.
- Respeto: Ver al usuario como un ser integral, considerando y valorando sus creencias, condición social, económica, educacional, reconociéndolo como un ser único y especial. Con enfoque de género y de Interculturalidad.
- Investigación y Docencia: Reconociendo entre nuestros pares el aporte de la ciencia, con el fin de mejorar los estándares de salud mediante la atención de Profesionales en formación, que puedan aportar con sus actividades de investigación, siempre al amparo del principio de beneficencia/maleficencia hacia nuestros usuarios, y con prevalencia de lo asistencial por sobre lo docente.
- Medicina basada en la evidencia: Establecer principios científicos en todas las actividades, y procesos de atención, permitiendo de esta forma mejorar la calidad de la atención y la seguridad de los usuarios, internos y externos.

Modelo de trabajo de gestión de calidad comunal:

Los modelos de gestión pueden ser de gran ayuda como referencia y base metodológica a la hora de aplicar acciones de gestión de calidad en los distintos centros de salud públicos y privados: hospitales, clínicas, centros de atención primaria, etc. En Chile, y por lo tanto en Paine utilizamos Modelo ISO.

A su vez, dentro de los Objetivos establecidos para el año 2021, se encontraba la creación de un comité de calidad que sea multisectorial, comunal y funcional.

El comité se logra concretar siendo su primera reunión el 27 de abril del 2021, con reuniones bimensuales, de manera virtual, con comunicación activa mediante un canal permanente por medio del cual se realizan consultas y comentarios. Está compuesto de la siguiente manera:

Nombre	Cargo
María José Rivera	Matrona. Referente calidad CESFAM Dr Miguel Solar
Magda Ángel	Odontóloga. Referente calidad CESFAM Raúl Moya
Karin Espinoza	Matrona. Representante PSR Huelquén
María Paz Gómez	QF. Representante de Tecno y Fármacovigilancia
Margarita Pezoa	Enfermera. Representante de PSR Pintué
Leslie Cuevas	Prevencionista de riesgos. Representante de la seguridad de la atención del usuario interno
Mabel Riveros	Enfermera. Encargada de Calidad comunal

Mediante este comité de calidad, se trabajaron los 4 ejes planificados inicialmente durante el año 2020 para el 2021, pero nos encontramos con los siguientes inconvenientes:

1. Autorización sanitaria: está pendiente la presentación de la carpeta de UAPO, dependiente de CESFAM Dr. Miguel Solar, pero los procesos de recepción de documentos se encuentran cerrados hasta el 31 de diciembre del año en curso.
2. Acreditación y seguridad de la atención, que van de la mano, desde SEREMI y SUPERINTENDENCIA DE SALUD, suspendieron los nuevos procesos hasta septiembre de 2021, y han comenzado procesos mixtos (en línea y presenciales), el trabajo efectuado desde el año pasado por esta unidad dio frutos y contamos con protocolos decretados que el comité de calidad tiene dentro de sus objetivos, dar a conocer y socializar. Uno de los protocolos más complejos para esta unidad, ha sido el de EVENTOS ADVERSOS, ya que se considera uno de los pilares de la calidad y seguridad en la atención.
3. En relación a IAAS, se tuvo que priorizar la intervención en REAS, ya que se ha detectado la necesidad de supervisión continua, por lo que actualmente nos encontramos difundiendo y fortaleciendo el protocolo de PREACUCIONES ESTANDAR, y PROTOCOLO DE ASEO, en conjunto con aplicación de pautas de cotejo de lavados de manos con calendarización para el mes de noviembre del año en curso.
4. El objetivo principal del comité de calidad, consiste en la socialización, promoción y supervisión de los protocolos que vayan siendo decretados por los distintos centros de salud, ya que muchos son con una mirada comunal, para estandarizar los procesos, pero a su vez cada centro debe aceptar y adecuar a su realidad local, manteniendo los fundamentos científicos, y aquellos basados en la evidencia.

Gestión Documental

Ámbitos de la Calidad

En relación al el proceso de acreditación, si bien es cierto, este se ha mantenido detenido por la Superintendencia de Salud, la Unidad de Calidad y seguridad de la atención a trabajado en forma continua desde el año 2019 y , teniendo a la fecha 10 protocolos ya decretados, de 1 en proceso de firma, 5 en proceso de elaboración.

En este contexto, de las 155 características que aplican para el proceso de acreditación, estamos cumpliendo 66 características, lo cual corresponde a un 42,5% de avance, en relación a un 9% de cumplimiento en igual fecha el año 2020, y al 0% de cumplimiento al año 2019.



La comuna cuenta con Política de calidad, MISION, VISION, y ya se han realizado ejercicios de autoevaluación, además se ha instaurado el término de la calidad en la mayoría de los procesos de la atención comunales, lo cual implica que la cultura de la calidad se ha ido integrando de forma progresiva en el accionar de los funcionarios.

Ámbitos de la calidad/ ámbitos de la acreditación:

- 1ª Ámbito: Respeto a la dignidad del paciente (dp)
- 2ª Ámbito: Gestión de la calidad (cal)
- 3ª Ámbito: Gestión clínica (gc)
- 4ª Ámbito: Acceso, oportunidad y continuidad de la atención (aoc)
- 5ª Ámbito: Competencias Del Recurso Humano (Rh)
- 6ª Ámbito: Registros (Reg)
- 7ª Ámbito: Seguridad del equipamiento (eq)
- 8ª Ámbito: Seguridad de las instalaciones (ins)
- 9ª Ámbito: Servicios de apoyo

Tabla 72: Ámbitos de la calidad, obligatorios en el proceso de acreditación de Atención Abierta:

ÁMBITO	CARACTERÍSTICA	DENOMINACIÓN
RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes
	DP 4.1	DP 4.1 regulación de actividades docentes de pre grado
GESTIÓN DE LA CALIDAD	CAL 1.1	Programa de mejora continua de la calidad a nivel institucional
GESTIÓN CLÍNICA	GCL 1.2	Sistema de selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria
	GCL 1.4	procedimiento de uso de anticoagulantes orales
	GCL 1.8	Procedimientos de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias
ACCESO. OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	AOC 1.1	Procedimiento de alerta y organización de la atención de emergencia
	AOC 2.1	sistema de derivación de pacientes certificados de título de médicos y cirujanos
COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO	RRHH 1.1	certificados de títulos de técnicos y dentistas con funciones permanentes o transitorias
	RRHH 1.2	
REGISTROS :	REG 1.1	Sistema de ficha clínica
SEGURIDAD DEL EQUIPAMIENTO	EQ 2.1	se ejecuta un programa de mantenimiento preventivo que incluye los equipos críticos para la seguridad de los pacientes.

Tabla 73: Protocolos decretados durante año 2021, según ámbito y característica de calidad

ÁMBITO	CARACTERÍSTICA	DENOMINACIÓN
RESPETO A LA DIGNIDAD DEL PACIENTE :	DP 1.1	Instrumento de difusión de derechos de los pacientes (carta de deberes y derechos de los pacientes)
	DP 4.1	Regulación de actividades docentes de pre grado (en los centros de salud de Paine, desde 2020 las prácticas se encuentran todas reguladas a través de convenio tal cual lo exige la normativa actual para acreditación.
	DP 4.2	Protocolo de supervisión de practicas clínicas en CESFAM dr. Miguel solar.

<i>GESTIÓN DE LA CALIDAD :</i>	CAL 1.1	Programa de mejora continua de la calidad a nivel institucional Existe programa anual de calidad
	GCL 1.3	Protocolo de procedimientos de enfermería
	GCL 1.5	Protocolo de reanimación cardiopulmonar
<i>GESTIÓN CLÍNICA :</i>	GCL 2.2	Protocolo de eventos adversos
	GCL 3.2	Protocolo precauciones estandar
	S/C	Protocolo de aseo en centros de salud de la comuna de Paine
	GCL 1.3	Protocolo cadena de frío
<i>SERVICIO DE APOYO ESTERILIZACIÓN</i>	APE 1.3	Protocolo esterilización
	APE 1.2	
	APE 1.4	
<i>ACCESO. OPORTUNIDAD Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN :</i>	AOC 1.1	Protocolo código azul Protocolo traslado de ambulancias
	AOC 2.1	

En proceso de validación y actualización se encuentran los siguientes protocolos:

- Emergencias y desastres, en los cuales está pendiente la designación por parte de los directores de los equipos de emergencias, tanto para CESFAM Dr. Miguel Solar, como para Dr. Raúl Moya.
- Protocolo de inducción para funcionarios que se integran a las distintas unidades de los centros de salud.
- Protocolo de ficha clínica, este último ha sido el más complejo de trabajar, ya que los avances en si son lentos por parte de los equipos.
- Junto a estos documentos que son oficiales, la unidad de Calidad también elaboró manuales e instructivos para toma de muestras de PCR, Colaboración con cámara de Turismo Comunal, DAEM, para retorno a clases presenciales, por tanto más allá de ser solo una entidad referente para funcionarios de Salud, el trabajo continuo ha logrado que el trabajo se vaya validando en forma transversal, posicionando a nuestra Unidad de Calidad y Seguridad de la atención, en un referente comunal.

Análisis descriptivo impacto pandemia Covid-19 en el equipo de calidad

Desde la instauración de la situación de PANDEMIA por SARS COV-19, los equipos de salud, y muy en especial los equipos de Calidad e IAAS se vieron fuertemente presionados a intervenir con premura, y con la obligación constante de mantener la información actualizada para garantizar una atención segura tanto para los usuarios internos, como externos. El cambio de paradigma en la atención, la aparición de nuevos conceptos, el teletrabajo, teletriage, aumentos de tiempos de espera, desinfección entre pacientes, significó un fuerte desafío para

los equipos de calidad, en especial en Paine, en donde en los referentes locales y comunal recayó además el rol de supervisión de IAAS. Nunca se necesitó con tanta fuerza que los procesos se encontraran estandarizados, pero eso a su vez implicaba socializar y supervisar.

El trabajo se concentró en los CESFAM, principalmente en las áreas de la calidad de Gestión clínica, esto derivado directamente de las necesidades de asegurar los procesos en la atención, estandarizando y minimizando los riesgos de exposición, fundamentando el quehacer en medicina basada en la evidencia, utilizando por ejemplo, la delimitación de Áreas respiratorias, y no respiratorias, todo con documentación de respaldo que fue quedando con los equipos, para revisión y actualización, que se manejan y se mantienen vigentes hasta ahora.

Con ello la necesidad de reiniciar las experiencias de prácticas clínicas, todo bajo la normativa RAD, hizo necesario actuar con responsabilidad, fue así como emergieron previo a los decretos de protocolos, ordenes de servicio, en relación a los siguientes puntos críticos:

Profesionales	1. Comprobar el cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPP). 2. Verificar cumplimiento de puntos críticos de los protocolos en las áreas clínicas.
Pacientes	1. Comprobar el cumplimiento de las medidas de prevención (higiene de manos, colocación y retirada de EPP). 2. Verificar el cumplimiento de la distancia de seguridad en las salas de espera, y respetarla.
Suministro de EPP	1. Incidencias comunicadas por los profesionales y revisiones periódicas de stocks en las unidades clínicas y almacén. Esterilización de equipos usados si se prevé falta de aprovisionamiento.
Servicios generales	1. Cumplimiento de los protocolos de limpieza en las diferentes áreas del hospital, principalmente las clínicas. Planificación de limpieza tras paso de zonas covid-19 a no covid-19. 2. Disponibilidad de ropa para profesionales en cada momento.
Comunicación	1. Verificar el cumplimiento del plan de comunicación interna: difusión en intranet, uso de herramientas colaborativas, información y formación a nuevos profesionales, tableros de anuncios. Espacio de sugerencias. 2. Plan de comunicación a los pacientes, familias y comunidad.

Planificación 2022

Objetivo General

Contribuir al desarrollo del plan de salud de la comuna, mediante el fomento de la cultura de calidad y seguridad asistencial a través de un direccionamiento estratégico, centrado en la mejora continua y en la satisfacción usuaria, mediante la estandarización de los procesos, y el uso de la evidencia científica.

Objetivos Específicos

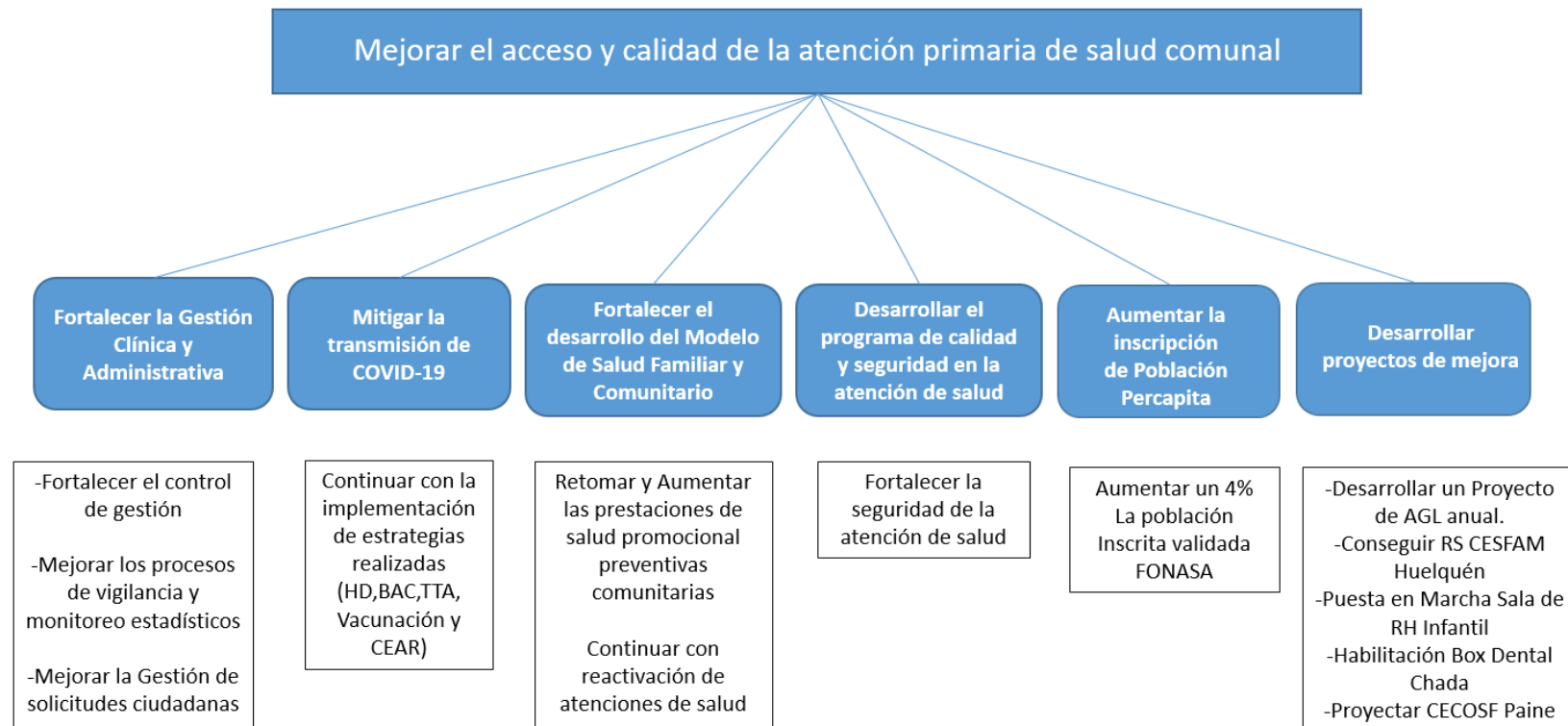
- Favorecer la continuidad del proceso de preparación para acreditación de CESFAM Dr. Miguel Solar, y CESFAM Dr. Raúl Moya y Postas de Salud Rural, mediante actividades en conjunto con referentes locales de calidad, IAAS, y Tecno vigilancia.
- Dar continuidad al proceso de preparación para acreditación 2022, mediante la elaboración de protocolos pendientes, y realización de jornadas de autoevaluación de estándares de calidad para atención abierta.
- Disminuir el riesgo de infecciones asociadas a atenciones de salud, principalmente por vías de transmisión gotitas y contacto, en contexto pandemia por sars-cov-2, mediante la integración de términos tales como PAPE (precauciones adicionales a las precauciones estándares) en funcionarios de los centros de salud de la comuna de Paine.
- Presentar solicitud para la autorización sanitaria de Sala REAS, UAPO, Botiquín de Farmacia y Central de Esterilización del CESFAM.

Actividades Programadas

Calidad:
Retomar autoevaluación de estándares de calidad, para determinar avances y brechas.
Mantener funcionamiento de comité de calidad, en CESFAM Dr. Miguel Solar, y CESFAM Dr. Raúl Moya y Postas de Salud Rural.
Capacitación 80% de funcionarios en temas relacionados con calidad/ acreditación.
Capacitación 80% de funcionarios, en temáticas de IAAS, orientadas a la disminución de la transmisión por gotitas y contacto, por contexto Covid-19
Seguridad en la atención:
Formalizar mediante decreto encargado de IAAS, en los diferentes centros de salud de la comuna. Ideal que sea distinto a encargado de calidad local, perfil: formación IAAS 80 horas
Capacitación continua al 90% de los funcionarios de la comuna, en temas atinentes, tales como Correcto uso de EPP, segregación de residuos según normativa REA
Evaluación de cumplimiento de Protocolo de eventos adversos, aplicación de análisis FODA, por parte de comité y solicitud de plan de mejoras a equipos locales
Supervisión de cumplimiento de normativas vigentes, respecto de IAAS, mediante la aplicación de instrumentos estandarizados.

Seguimiento de indicadores, a través de la definición de ellos, emanados de los diferentes protocolos, para conformar carpeta de verificadores.
Actualización continua de documentos emanados de MINSAL, en contexto COVID-19 y adecuación a la realidad local.
Elaboración y decreto por parte de quien corresponde, protocolos de:
Ficha clínica
Emergencias y desastres
Inducción de personal
Declaración de acogimiento a comité de ética de Hospital Barros Luco Trudeau.
Notificación de exámenes con valores críticos
Programa de capacitación 2022, que incluya reanimación cardiopulmonar.(programado iniciar en diciembre 2021)
Registros clínicos
Procedimiento de adquisición de equipamiento medico
Seguimiento de vida útil de equipamiento crítico
Programa de mantenimiento preventivo
Perfil técnico de manejo de autoclaves
Capacitación en manejo de autoclaves para TENS y TONS.
Plan de prevención de incendios
Plan de contingencia ante corte de suministro de suministro eléctrico
Convenios y compras a terceros acreditados
Gestionar el acceso de carpetas compartidas para los funcionarios, de la documentación institucional formal, para consulta y guía (protocolos)
Capacitaciones
Programa de capacitación 2022, que incluya reanimación cardiopulmonar, Calidad e IAAS.
Capacitar en uso y retiro de EPP, contexto COVID-19, a funcionarios de CESFAM y Postas de Salud Rural.
Supervisión de uso y retiro de EPP.
Autorización Sanitaria
Autorización sanitaria UAPO
Autorización sanitaria Posta Rangué.

PLAN DE ACCIÓN



Línea estratégica	Área	Objetivo	Iniciativas	Acciones	Indicadores de proceso	Responsables
LE1: Gestión de información en salud	1. Gestión administrativa	Mejorar la eficiencia de los procesos administrativos	I.- Generación y difusión de información 1.- Refuerzo y educación en los equipos clínicos de los procesos administrativos II.- Gestión y articulación de procesos 2.- Fortalecimiento unidad de bodega, informática y operaciones 3.- Mejoramiento del Control de gestión interna	1.a Crear y comunicar instructivo de funcionamiento de procesos administrativos. 1.b Capacitar a ITS involucrados en los procesos administrativos. 2.a Implementar función y descripción de cargos. 2.b Levantar y estructurar procesos en cada unidad. 2.c Mejorar los tiempos de respuesta para mantener a clientes internos satisfechos. 3. Organizar y Planificar labores específicas que requieren cumplimientos de plazos.	1.a Indicador: (Cantidad de ITS capacitados /cantidad total ITS)*100 Meta: 100% Mes: Junio 2022 2.a Indicador: (Tickets abiertos en sistemas.paine / tickets resueltos sistemas.paine)*100 Meta: 100% Mes: marzo 2022 2.b Indicador: (Tickets abiertos en sistemas.paine / tickets resueltos sistemas.paine)*100 Meta: 100% Mes: Junio 2022 3. Fecha de cumplimiento Enero 2022	Marcia Riquelme Jefa Administrativa
LE1: Gestión de información en salud	2. Gestión Clínica	Mejorar los procesos de vigilancia y monitoreo estadísticos	I.- Generación y difusión de información 1.- Informe del estado de situación y procesos de la Unidad de estadística 2.- Informe de plan de acción y mejoras a los problemas identificados	1) Difusión al equipo de salud del estado de situación y procesos de la Unidad de estadística. 2) Difusión al equipo de salud del Plan de acción y mejora a los problemas identificados 3) Generar reporte estadístico mensual	1.Indicador: Cumple con informe Meta: 100% Mes: Enero 2022 2.Indicador: Cumple con informe Meta: 100% Mes: Marzo 2022 3.Indicador: Reporte estadístico de indicadores Meta: 100% Mes: Mensual 4.- indicador: Reporte mensual de actividades HD	Rodrigo Jiménez Referente Gestión Clínica

			II.- Gestión y articulación de procesos 3.- Vigilancia y Monitoreo de problemas de salud (Metas sanitarias, IAAPS, COMGES, Actividades Trazadoras) 4.- Monitoreo de Hospitalización Domiciliaria 5.- Referente de trazabilidad	de indicadores 4) Reporte Mensual de actividades en Hospitalización Domiciliaria 5.- Coordinar acciones y estrategia con el SSMS y equipo de salud.	Meta: 100% Mes: Mensual 5.indicador: Realizar REM Bm18 Meta: 100% Mes: Mensual	
LE1: Gestión de información en salud	3. Gestión Clínica	Mejorar la gestión de solicitudes ciudadanas	I.- Generación y difusión de la información 1. Vigilancia y monitoreo de las solicitudes ciudadanas	1) Elaborar informe respecto a las solicitudes ciudadanas a nivel comunal de forma mensual.	1.Indicador: Cumple con informe Meta: 100% Mes: Mensual	Equipo Directivo Depto. De Salud
LE2: Provisión de servicios	1. Covid-19	Mitigar la transmisión de Covid-19	I.- Gestión y articulación de procesos 1.- Continuidad de estrategias a) Hospitalización domiciliaria b) Búsqueda activa de casos (BAC) c) Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) d) Vacunación e) Centro especialidad de Atención respiratoria (CEAR)	1a) Continuar la estrategia de Hospitalización domiciliaria 1b) Continuar la estrategia de BAC 1c) Continuar la estrategia de TTA 1d) Continuar con la Estrategia de Vacunación covid-19 1e) Mantener Estrategia CEAR	1.a Indicador: Informe de continuidad Meta: 100% Mes: Semestral 1b Indicador: Informe de continuidad Meta: 100% Mes: Semestral 1.c Indicador: Informe de continuidad Meta: 100% Mes: Semestral 1.d Indicador: Informe de continuidad Meta: 100% Mes: Semestral 1.e Indicador: Informe de continuidad	Rodrigo Jiménez Referente Gestión Clínica Mabel Riveros Encargada de Calidad Comunal

					Meta: 100% Mes: Semestral	
LE2: Provisión de servicios	2. Modelo de Salud Familiar	Retomar y Aumentar las Prestaciones de Salud Promocional Preventivas comunitarias	I.- Gestión y articulación de procesos 1.- Implementación de la estrategia de Multimorbilidad ECICEP 2.- Ejecución de eje Preventivo Promocional comunitario (PPC)	1) Implementar ECICEP en el proceso de atención 2) Coordinar acciones promocionales preventivas del eje con otros programas de carácter promocional preventivo	1. Indicador: Cumple con informe Meta: 100% Mes: Semestral 2. Indicador: (número de actividades preventivo promocionales ejecutadas en el eje / número total de actividades preventivo promocionales coordinadas por el Eje PPC)*100 Meta: 100% Mes: Semestral	Carolina González Referente Comunal Promoción de la Salud
LE2: Provisión de servicios	3. Modelo de Salud Familiar	Continuar con la reactivación de atenciones de salud	I.-Gestión y articulación de procesos 1.- Reactivación de las consultas médicas y no médicas en la atención de salud. II.- Generación y difusión de la información 2.- Continuidad de estrategia Teletriage 3.- Coordinación con MAIS	1.- Velar por la continuidad de las atenciones de la población bajo control 2.- Difusión de la estrategia Teletriage 3.- Generación de informe de trabajo en conjunto con MAIS	1. Indicador: Cumplimiento de las metas de la matriz de cuidados Meta: 100% Mes: trimestral 2. Indicador: número de meses con información en redes sociales sobre Teletriage / número de meses Meta: 90% Mes: anual	Directores de Establecimientos
LE3: Calidad y Seguridad de la atención de Salud	1. Gestión Documental	Fortalecer la Calidad y seguridad de la atención de Salud	I.- Gestión y articulación de procesos 1.- Gestión del proceso de acreditación 2.- Gestión de Calidad e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	1.- Continuar el proceso de preparación para acreditación de CESFAM Dr. Miguel Solar y, CESFAM Dr. Raúl Moya y Postas de Salud Rural 2a) Difusión de las estrategias para	1. Indicador: Informe de proceso Meta: 100% Mes: semestral 2.a Indicador: número de estrategias de difusión sobre IAAS realizadas / número de estrategias de difusión de IAAS planificadas	Mabel Riveros Encargada Comunal de Calidad

			(IAAS) 3.- Gestión relacionada con Autorización Sanitaria II.- Generación y difusión de la Información 4.- Generación de protocolos asociados a Calidad de la atención	disminuir las IAAS en los equipos de salud 2b) Difusión de la estrategia PAPE (precauciones adicionales a las precauciones estándares) 3) Presentar solicitud sanitaria para la autorización de Sala REAS, UAPO, Botiquín de Farmacia, y Central de Esterilización del CESFAM 4a) Elaboración de Protocolo de Ficha Clínica 4b) Elaboración de Protocolo de Emergencia y Desastres 4c) Elaboración de Protocolo de Inducción de Personal 4d) Elaboración de Protocolo de Registros Clínicos	Meta: 90% Mes: Semestral 2.b Indicador: número de estrategias de difusión sobre PAPE realizadas / número de estrategias de difusión de PAPE planificadas Meta: 90% Mes: Semestral 3. Indicador: informe de presentación de solicitud Meta: 100% Mes: Anual 4.a, 4.b, 4.c y 4.d Indicador: Protocolo aprobado Meta: 100% Mes: Anual	
LE4: Financiamiento	1. Población Per Cápita	Aumentar la inscripción de Población Per Cápita	1.- Gestión de información asociada a FONASA 2.- Gestión de manejo de la Información 3.- Difusión de la Información con los equipos 4.- Monitorización de la estrategia	1a) Levantamiento de información de población Inscrita no Validada en FONASA 2) Aumento de dotación de funcionarios con acceso a plataforma FONASA para percapitar 3) Correos informativos y reuniones con	1.a Indicador: ((PIV corte 30 agosto 2022 (menos) PIV corte 30 agosto 2021) / número de PIV 2021)*100 Meta: Aumentar en 4% de la PIV Mes: 30 agosto 2. Indicador: informe de creación de perfil Meta: 100% Mes: anual 3. Indicador: número de reuniones	Rodrigo Jiménez Referente de Gestión Clínica

				Jefaturas SOME 4a) Revisar mensualmente la plataforma FONASA 4b) Solicitud de informes mensuales a Jefatura SOME de ejecución del plan 4c) Retroalimentación mensual del estado de la estrategia a Jefaturas SOME y Directores de Establecimientos de Salud.	realizadas con SOME / número de reuniones planificadas con SOME Meta: 90% Mes: Semestral 4a, 4b, y 4,c Indicador: Informe de cumplimiento Meta: 100% Mes: mensual	
LE5: Sistemas de mejoras e investigación	1. Mejoramiento del área de salud	Desarrollar proyectos de mejora	I.-Gestión y articulación de procesos 1.- Desarrollo de proyecto Apoyo Gestión Local (AGL) 2.- Lograr RS ESFAM Huelquén 3.- Puesta en Marcha Sala de Rehabilitación Infantil 4.- Habilidadación de Box Dental en PSR Chada 5.- Proyectar CECOSF Paine II.- Generación y difusión de información 6.- Proyecto SAR Paine 7.- Mejoramiento infraestructura de PSR Huelquén	1.- Creación anual de Proyecto de Gestión Local (AGL) 2.- Abogacía para RS CESFAM Huelquén 3.- Implementación de Sala de Rehabilitación infantil 4.-Implementación y habilitación de box dental en PSR Chada 5.- Elaborar documentación para proyecto CECOSF Paine 6.- Generación de información pertinente a Proyecto SAR Paine 7.- Generación de información pertinente a Mejoramiento de Infraestructura de PSR Huelquén	1.Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 2.Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 3.-Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 4.-Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 5.-Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 6.-Indicador: Cumple Meta: 100% Mes: 7.-Indicador: Cumple Meta: 100% Mes:	Patricio Román Director DESAM Mabel Riveros Encargada de Calidad Comunal Héctor Osorio Referente de Urgencia Comunal

Proyectos a desarrollar año 2022

- Sala de Rehabilitación Infantil
- SAR Paine
- CESFAM Huelquén
- Proyecto CECOSF Paine
- Mejoramiento infraestructura Posta de Huelquén
- Construcción Box Dental Chada
- Ampliación bodega de farmacia CESFAM Dr. Raúl Moya Muñoz

Estrategias

- Abordaje de Multimorbilidad
- Digitalizar Unidad de Estadística
- Mejoramiento equipamiento informático y de redes
- Fortalecer el Marketing Social en Salud
- Continuar con trabajo promocional preventivo comunitario
- Fortalecimiento equipo técnico DESAM



MATRIZ DE CUIDADO

Infancia

Nivel	OBJETIVO IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL SALUD	DE DE	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
Promoción	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	o la	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y riesgos de no amamantar. Realizar control precoz de alta, para el seguimiento e instalación de la correcta técnica de lactancia materna en el recién nacido. Fortalecer las consultas de lactancia materna durante el primer mes. En cada control de salud pesquisar factores de riesgos y/o problemas reales que pudieran afectar la mantención y extensión de la LM. Manejar problemas de lactancia materna que se presenten en los controles de salud, fortaleciendo las clínicas de lactancia	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Mantener o aumentar 64% de cobertura
Promoción	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	o la	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	50%

		enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.				
Promoción	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días)* 100	50%
Promoción	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida	(Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	50%
Promoción	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	20%
Promoción	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la	Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje en el primer año de vida	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o	Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan	21%

		crianza para el logro significativo de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral		cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo del lenguaje	a talleres de Promoción del desarrollo del lenguaje/ Número de niños (as) bajo control menores de 1 año.	
Promoción	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro significativo de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral	Taller de promoción temprana del desarrollo motor en el primer año de vida	Porcentaje de niños y niños menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo motor	(Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo motor/ Número de niños (as) bajo control menores de 1 año.) *100	21%
Promoción	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso o déficit.	Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física) en cada control de salud y derivación oportuna a consulta nutricional a niños, niñas con alteración en su estado nutricional.	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	(N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos) *100	60%
Promoción	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción de la salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Talleres promocionales de salud mental a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 10 años, realizados preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos)	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres promocionales de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos).	(N° de NN cuyos padres, madres y/o cuidadores asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100	Mantener año 2019

prevención	Mantener o la Disminuir obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	50%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	5,00%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños migrantes mejorando la adherencia y cobertura del control de salud	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Total de niños y niñas migrantes de 0 a 9 años 11 meses y 29 días bajo control según estado nutricional	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2021- número de niños y niñas migrantes bajo control año 2020/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2022 * 100	mantener el número de niños y niñas migrantes bajo control en relación al año anterior
prevención actualizado	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Control de salud a niños y niñas de 0 a 71 meses	Cobertura de niños y niñas de 0 a 71 meses bajo control.	(Total de niños y niñas de 0 a 71 meses en control/Población inscrita validada de 0 a 71 meses) *100	90%

prevención nuevo	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 4 meses con aplicación de evaluación de Pauta Breve	Porcentaje de aplicaciones de Pauta Breve realizadas al grupo de niños/as en el control de salud de los 4 meses	(N° de aplicaciones de Pauta Breve realizadas en el control de salud de los 4 meses/ total control de salud de niñas/os de 4 meses)*100	90%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	(N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total controles de salud de niñas/os de 7 a 11 meses)*100	90%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(N° de aplicaciones de pauta breve en el control sano realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses)*100	90%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud de los 18 meses realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación)/ N° total de controles sanos de niñas y niños de 18 a 23 meses)*100	90%

prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Población bajo control entre 24 a 47 meses)*100	75%
prevención	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Talleres de prevención de condiciones de salud mental a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 10 años, realizados preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos)	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres preventivos de condiciones de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos).	(N° de NN cuyos padres, madres y/o cuidadores asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100	Aumentan en un 5% en relación a lo realizado el año 2019.
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurossensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurossensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(N° de aplicaciones de protocolo neurossensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	95%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%
prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas	Porcentaje de niños y niñas de 36 a 71 meses con	N° niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial /	30%

		menores de 10 años, a través de su detección precoz	portadores de hipertensión arterial	evaluación de la presión arterial.	Población en control de 36 a 71 meses)*100	
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Administración de esquema primario completo en niños/as menores de 1 año con vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis)	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente (hepatitis Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib))	(N° de niñas/os menores de 1 año con esquema primario completo vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) administrada/N° de niños/as 2,4 y 6 meses)*100	95%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m (refuerzo))	(N° de niños/as de 1 año con administración de 1 refuerzo de de vacuna Neumocócica conjugada)/(N° de niños/as de 1 año)*100	95%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Meningocócica conjugada a los /as niños/as a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad	(N° de niños/as que se administró vacuna Meningocócica conjugada correspondiente a los 12 meses/N° de niños/as de 12 meses)*100	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Tres Vírica a los/as niños/as a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	(N° de niños/as que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 12 meses/N° de niños/as de 12 meses)*100	90%

prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna hepatitis A a los/as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad	(N° de niños/as que se administró vacuna Hepatitis A correspondiente a los 18 meses/N° de niños/as de 18 meses)*100	90%
Prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna contra la Varicela en los/as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	(N° de niños/as que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 18 meses/N° de niños/as de 18 meses)*100	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Administración de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) a niños/as de 18 meses	Porcentaje de niños/as de 18 meses con vacuna hexavalente (hepatitis Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib) administrada.	(N° de niñas/os de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) administrada/N° de niños/as de 18 meses)*100	95%
prevención nuevo	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna fiebre amarilla a los niños/as de 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada ** solo se administra en isla de pascua	(N° de niños/as de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada)/(N° de niños/as de 18 meses de edad)*100 ** solo se administra en isla de pascua	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as desde los 6 meses de edad a 5 años de edad	Porcentaje de niños/as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada	(N° niños/as de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada/N° de niños/as de 6 meses a 5 años de edad proyección INE)*100	90%

prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza de niños y niñas desde 1° hasta 5° básico.	Porcentaje de niños y niñas desde 1° hasta 5° básico con vacuna anti-influenza administrada	(N° niños/as de 1° a 5° básico con vacuna anti-influenza administrada)/(Población matriculada Mineduc de niños/as desde 1° a 5° básico)*100	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan 5° básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada	(N° de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada/N° de niñas/os matriculados en 5° básico)*100	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa en niñas/os que cursan 1° básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico vacuna dTpa administrada	(N° de niñas/os de que cursan 1° básico con vacuna dTpa administrada/N° de niños/as matriculados en 1° año básico)*100	90%
prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Tres vírica en niñas/os que cursan 1° básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico con vacuna Tres vírica administrada	(N° de niñas/os de que cursan 1° básico con vacuna Tres vírica administrada/N° de niños/as matriculados en 1° año básico)*100	90%
Prevención	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 10 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod	(N° de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod/COPD/ N° total de niñas y niños menores de 10 años con evaluación de riesgo odontológico anual (CERO)* 100	100%
prevención	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Control de salud oral de niños y niñas menores de 10 años	Porcentaje de niñas/os menores de 10 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(N° de niños y niñas menores de 10 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ N° de niños y niñas menores de 10 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	30%

prevención	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 10 años.	Control de salud oral de niños y niñas menores de 10 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 4 años	(N° de niños y niñas menores de 4 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 4 años inscritos y validados)*100	40%
prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA	(N° de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	55%
prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	90%
prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(N° de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / N° de niños y niñas menores 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%

prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquisada en control de salud infantil, ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	Ingreso a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación) de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que afecte su desarrollo y que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	Numerador: N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación) Denominador: N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad.	80%
Prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquisada en control de salud infantil, ingresan a tratamiento a modalidad de estimulación	Niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que pertenecen a programas residenciales de Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación, para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años con presencia de factor de riesgo biopsicosocial, que pertenece a programa residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación)	N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que pertenecen a programa residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), que ingresan a modalidad de estimulación/N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad.	No aplica

prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen a programas residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME)	Concentración de consultas y controles de salud en niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen a residencias del Servicio de Protección Mejor Niñez (Ex SENAME)	(N° total de atenciones (controles y consultas) realizadas a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen a residencias del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME) (año vigente) / N° total de niños y niñas de residencias del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), entre 0 y 9 años bajo control en el período)	No aplica
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas menores de 5 años con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 5 años con déficit de DSM	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	90%
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	85% para CESFAM Miguel Solar y 90% para CESFAM Raúl Moya

Tratamiento	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años 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.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año 2022)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año 2019))*100	Mantener año 2019
Tratamiento	Disminuir o Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año 2022) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año 2019)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base
Tratamiento	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(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)*100	100%

Tratamiento	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	25%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as de 5 a 9 años en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC) al ingreso y egreso a programa.	Cobertura de la aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso de la atención de salud mental.	(N° de personas de 5 a 9 años con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas de 5 a 9 años ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a programa salud mental (año vigente)) *100	60%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control/N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 0 a 9 años, esperados según prevalencia del 22%	17%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0-9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Altas terapéuticas de niños y niñas entre 0 y 9 años ingresadas a tratamiento por salud mental	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica de tratamiento por salud mental	N° niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° niños y niñas entre 0 y 9 años bajo control en salud mental (año vigente)	alcanzar un 20%

Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	(N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años/N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 10 controles.
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Evaluación del desarrollo infantil a niños y niñas de 0 a 5 años que pertenecen a programas residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME)	Cobertura de evaluación del desarrollo infantil en población entre 0 y 5 años que pertenecen a residencias del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME)	(N° total de evaluaciones del desarrollo infantil realizados (año vigente) a población entre 0 y 9 años de residencias del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME) / N° total de niños y niñas de 0 y 5 años de programas residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME) bajo control en el período (año vigente))	No aplica
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Intervenciones de modalidades de apoyo al desarrollo integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 5 años que pertenecen a programas residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), con alteración al desarrollo psicomotor.	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 5 años perteneciente a programas residenciales del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME), con alteración al desarrollo psicomotor que ingresa a tratamiento a modalidad de estimulación, para recuperar desarrollo normal.	N° de niños y niñas con alteración al DSM del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME) que ingresan a modalidad de estimulación/ N° de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (Ex SENAME) detectado con alteración en el desarrollo *100	No aplica

Tratamiento	Mantener o la Disminuir obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables tempranamente, como factor protector de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta Nutricional en población infantil < de 5 años con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de población infantil < 5 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	(Población infantil < 5 años con Dg de malnutrición por exceso que recibe CN / Población infantil < 5 años con Dg de Malnutrición por exceso)* 100	superar el 35%
Tratamiento	Aumentar la proporción de población infantil con estado nutricional normal	Vigilar la condición nutricional, así como también promover la correcta entrega de productos del PNAC de refuerzo.	Nº de niños < 2 años con mal nutrición por déficit que retiran PNAC Refuerzo	Porcentaje de población infantil < 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo	(Población infantil < 2 años con Dg de malnutrición por déficit que retiran PNAC de refuerzo /Población infantil < 2 años con Dg de malnutrición por déficit)*100	Aumentar cobertura en relación al año anterior
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Niños y niñas con déficit /o rezago en el desarrollo, que ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación	niñas y niños con déficit (categoría de riesgo retraso en test de desarrollo psicomotor) / rezago en su desarrollo debe ingresar a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación)	Porcentaje de niños y niñas con rezago u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	(Nº de niños y niñas con rezago, riesgo, retraso que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud(u otra modalidad de estimulación)) / (Nº de niños y niñas evaluados, con resultado rezago, riesgo, retraso en el DSM, por primera vez) *100	85% Miguel Solar y 90% Raúl Moya

Adolescencia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios en salas IRA y ERA	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en sala IRA/ERA} / (\text{N}^\circ \text{ total de ingresos agudos a salas IRA/ERA de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) N}^\circ \text{ consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en salas IRA y ERA (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en salas IRA y ERA})) * 100$	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva.	$(\text{N}^\circ \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior) / N}^\circ \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)}) * 100$	Mantener lo realizado el año 2019.
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental y prevención de la violencia de género a adolescentes, jóvenes, sus padres madres, cuidadores y profesores mediante educación grupal.	Talleres promocionales de salud mental a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres promocionales de salud mental.	$(\text{N}^\circ \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres promocionales de salud mental (año vigente)}) / (\text{Población inscrita de 10 a 24 años (año vigente)}) * 100$	Aumentar en un 5% en relación a lo realizado el año 2019.

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(N° de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	12% población de 10 a 19 años
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar el porcentaje de Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Visitas Domiciliares Integrales a adolescentes gestantes de 10 a 19 años.	(N° de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años / N° de adolescentes gestantes de 10 a 19 años) * 100	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista.	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal.	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal.	(N° de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses postparto.	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS).	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto.	(N° de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° total de madres adolescentes con control realizado a los 2 meses post parto *100	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses postparto.	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS).	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto.	(N° de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses de postparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses postparto en RF)*100	100%

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo.	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal.	(N° de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal)*100	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal.	Control prenatal.	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal.	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención.	Control prenatal (examen de Estreptococo Grupo B).	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo Control Prenatal portadora de Estreptococo Grupo B.	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo Control Prenatal portadora de Estreptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo Control Prenatal)*100	No aplica
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años.	Control Preconcepcional.	Porcentaje control preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años.	(N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100)	Mantener lo alcanzado el año 2019.
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años.	Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años.	(N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100)	Mantener lo alcanzado el año 2019.

PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	27% de adolescentes 10-19 años
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Aumentar el ingreso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) en adolescentes mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes mujeres de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes mujeres de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC).	(Nº de adolescentes mujeres de 10 a 19 años) inscritas en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad de larga duración (LARC)/ Nº de adolescentes mujeres de 10 a 19 años) inscritas en centros de salud) *100	Aumentar en un 2%, en base a Población bajo control año 2019.
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Aumentar el ingreso a uso de preservativo en control de regulación de fertilidad o práctica sexual segura de adolescentes hombres.	Control de regulación de fertilidad - Salud sexual en adolescentes hombres de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes hombres de 10 a 19 años bajo control que usan preservativo.	(Nº de adolescentes hombres de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud, bajo control de regulación de fertilidad -Salud sexual que usan preservativo/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019.
PREVENCIÓN	Disminuir el embarazo adolescente.	Aumentar el uso de doble protección (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo en adolescentes).	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años con regulación de fertilidad con método de regulación.
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes.	Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar en un 30% respecto año 2020.

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA.	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda espontánea y/o por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años que consultan por demanda espontánea o morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o consulta espontánea a adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años.	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea(año vigente) (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea(año anterior))/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea (año anterior))*100)	Aumentar en un 30% respecto año 2020
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda espontánea o por consulta de morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14-24 años que lo requieran por demanda espontánea o consulta de morbilidad.	Porcentaje de Test Visual Rápido de VIH realizados por demanda espontánea o consulta de morbilidad a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años	N° total de Test Visual Rápido para VIH realizados a adolescentes y jóvenes de 15-24 años por demanda espontánea consulta de morbilidad o consulta de morbilidad/N° total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados a adolescentes y jóvenes de 14-24 años por demanda espontánea*100	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior.
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME).	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME).	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME).	(N° de adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME) que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ N° de adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME)) *100	Establecer línea Base. No existe opción de registro en REM

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA.	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años que pertenecen al Servicio de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	"(Nº total de exámenes para VIH realizados en adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME)/ Nº total de adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años bajo control en Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME)) *100)	Establecer línea Base.
PREVENCIÓN	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mejorar y mantener la salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años.	Control de salud oral de adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con control odontológico.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico (Aplicación de Pauta CERO)/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos) *100	20%
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva (EMPA) en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año 2019)/ Nº de EMPA realizados a hombres 20 a 24 años (año 2019)) *100.	Mantener número de EMP realizado año 2019.

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes con padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal.	Talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y a sus madres, padres, cuidadores y profesores.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que asisten a talleres preventivos de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres preventivos de salud mental / (Población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente)*100	Aumentar en un 5% en relación a lo realizado el año 2019.
PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente adolescente y joven de 15 a 24 años egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente adolescente y joven de 15 a 24 años egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(N° de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / N° total de egresos hospitalarios de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años con diagnóstico de ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica.	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a adolescentes y jóvenes de 15-24 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adolescentes y jóvenes de 15-24 años hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adolescentes y jóvenes bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos clasificadas.

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus.	Disminuir la incidencia de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes mellitus.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses} / N^{\circ} \text{ total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control}) * 100$	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes con evaluación y plan de manejo.
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus.	Mejorar la calidad de atención de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes en control en el PSCV.	Pacientes adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente.	$(N^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente} / (N^{\circ} \text{ total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en PSCV})) * 100$	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Contribuir a mejorar estado nutricional en adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición.	Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS.	Porcentaje de derivación de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS.	$(\text{Número de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS} / N^{\circ} \text{ de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso controlados}) * 100$	Derivar de al menos el 15% de los adolescentes entre 10 y 19 años con malnutrición por exceso.
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Contribuir a mejorar estado nutricional en jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso.	Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS.	Porcentaje de derivación de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso al PEVS.	$(\text{Número de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS} / N^{\circ} \text{ de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso controlados}) * 100$	Derivar de al menos el 5% de los jóvenes entre 20 y 24 años con malnutrición por exceso.

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas.
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	75% de auditorías realizadas.
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza administrada/Nº de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100, **Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por cohorte de edad que sirva de referencia	85%
ON Nuevo PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administrar 2º refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8º básico	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8º básico	(Nº de adolescentes que cursan 8º año básico con vacuna dTpa administrada/Población matriculada en 8º año básico)*100	90%
Nuevo PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación en	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	(Nº gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación)*100	80%

PREVENCIÓN Nuevo	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna influenza administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes)*100	85%
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15-24 años	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) en población de 15-24 años.	(N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 15 a 24 años (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 15 a 24 años / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 15 a 24 años *100	aumentar 5%
TRATAMIENTO	Disminuir la obesidad en Adolescentes.	Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.	Realización y derivación oportuna a Consulta Nutricional en población Adolescente con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de población adolescente con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	(Población Adolescente con Dg de malnutrición por exceso que recibe CN / Población Adolescente con Dg de Malnutrición por exceso)* 100	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año 2019)/ Cobertura Hipertensos (año 2019) Cálculo de cobertura: (N° de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control / N° de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar en al menos 20% respecto al año 2019.

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019))/(Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control en PSCV) *100	Mantener meta a diciembre año 2019.
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares.	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019) /Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Cobertura asociada a metas IAAPS
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relación a la población inscrita.	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año 2019)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Mantener la población inscrita dic año 2019.

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%).	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Lograr 80% compensación en este grupo etario.
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus.	Mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2.	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial en personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabéticos en control PSCV.	Incrementar en un 20% las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial con respecto a meta alcanzada en año 2019.
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.	Protección y recuperación de la salud buco dental de adolescentes y jóvenes.	Morbilidad Odontológica en adolescentes y jóvenes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años/N° de población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	20%

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Monitorear la situación de salud mental de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de adolescentes y jóvenes en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC-y o GHQ según corresponda) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años al ingreso y egreso a programa.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados y egresados a programa salud mental (año vigente))*100	60%
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida.	Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que vivan o hayan vivido violencia de género.	Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años víctimas de violencia de género.	Ingreso de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	(N° de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género en relación al año 2019.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica de tratamiento de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental (año vigente)) * 100	Alcanzar un 15%.

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control/N° de adolescentes y jóvenes con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, esperados según prevalencia del 22%	17%
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	(N° de controles de salud mental totales realizados a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años/N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 6 y 8 controles.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Brindar Atención Integral de trastornos mentales en adolescentes de 10 a 19 años.	Realizar el control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a programas residenciales de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	Cobertura del control de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	(N° total de controles de salud integral realizados (año vigente) a adolescentes de 10 a 19 años de residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME / N° total de adolescentes de 10 y 19 años de residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME bajo control en el período (año vigente))	No aplica, Paine no tiene residencia de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes y jóvenes de residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	N° de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME.	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años de residencias de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en programas de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME)	No aplica, Paine no tiene residencia de Servicio de Protección Especializado de Infancia y Adolescencia
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Brindar atención integral a adolescentes y jóvenes con multimorbilidad.	Implementar el control integral a adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud.	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica.	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	Establecer línea base, se iniciará estrategia año 2022.
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Brindar atención integral a adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica.	Realizar control integral a adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica.	Adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona.	(N° de adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de adolescentes y jóvenes con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Establecer línea base, se iniciará estrategia año 2022.
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles.	Brindar atención integral adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica.	Realizar atención integral de ingreso a adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona.	(N° de adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de adolescentes y jóvenes con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Establecer línea base, se iniciará estrategia año 2022.

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control.	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente).	(Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año 2022) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de población 10 a 24 años asmática controlada bajo control / Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	20%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año 2022) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año 2019))* 100	Mantener año 2019.
REHABILITACION	Disminuir la discapacidad.	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados).	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculoesqueléticas como de salud mental.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud)*100	Incrementar en un 5% la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.

Adultos

Nivel	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
Promoción	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco de población adulta de 25 a 64 años.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas en salas ERA.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 25 a 64 años en salas ERA} / (\text{N}^\circ \text{ total de ingresos agudos a usuarios de 25 a 64 años (MÁS) N}^\circ \text{ consultas de morbilidad a usuarios de 25 a 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 25 a 64 años en salas ERA})) * 100$	100%
Promoción	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal sesiones de educación prenatal} / \text{N}^\circ \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	80%
Promoción	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de salud mental a población adulta de 25 a 64 años	Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que asisten a taller (año vigente)}) / (\text{Población inscrita entre 25 y 64 años (año vigente)}) * 100$	1%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	100%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal (test de pesquisa de Estreptococo Grupo B)	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Estreptococo Grupo B	$(\text{Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Estreptococo Grupo B} / \text{Número de gestantes adultas bajo control Prenatal})$	No aplica. Examen no se encuentra en canasta básica.

Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 2%
Prevención	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	Mantener el porcentaje alcanzado el año 2021
Prevención	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad y mortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año 2019) / Cobertura EMPA (año 2019)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Mejorar en al menos un 50% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2021.

Prevención	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad y mortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) N° de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año 2019)/ N° de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año 2019))*100 Calculo de proporción: (N° de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ N° Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Mejorar en al menos un 50% la cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años realizado el año 2021.
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(N° de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / N° total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(N° de controles de salud integral a puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN)* 100	70%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(N° de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	90%

Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100	90%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultas que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100	80%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en 5%
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar en 5%

Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Mantener lo alcanzado el año anterior.
prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la cobertura de los controles pre concepcionales en mujeres en edad fértil, para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles	Control Pre concepcional	Incrementar la cantidad de Control preconceptual en mujeres en edad fértil	"(Nº de Controles preconceptual en mujeres en edad fértil (año vigente) (MENOS) Nº Controles preconceptual en mujeres en edad fértil (año anterior)/ Nº de Controles preconceptual en mujeres en edad fértil (año anterior))*100	Incrementar en un 15% Controles preconceptual en mujeres en edad fértil respecto a lo realizado el año anterior.
Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%
Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%

Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 70%
Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	55% según meta sanitaria
Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de coleditiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de coleditiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de coleditiasis en población de 35 a 49 años	N° personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para coleditiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la realización de ecografía abdominal
Prevención	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 10 %
Prevención	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(N° de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ N° total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio*100	100%

Prevención	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM}} \right) * 100$	El 100% de los pacientes egresados por IAM o ACV, deberá tener control dentro de 7 días del alta.
Prevención	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses}}{\text{N}^\circ \text{ total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte}} \right) * 100$	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas según etapa de ERC
Prevención	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes)}} \right) * 100$	Aumentar en al menos un 50% la cobertura de fondo de ojo vigente de personas de 25 a 64 años diabéticos en relación al 2021

Prevención	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	85%
Prevención	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad.	Realizar examen de VIH en hombres de 25-64 años que atendidos por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en hombres de 25-64 años en consultas de morbilidad	Nº total de test rápido para VIH realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad/Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64 años por morbilidad*100	línea base
Prevención	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	10%
Prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	50% de auditorías realizadas

Prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(N° de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85 % de cobertura
Prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación con vacunación anti-influenza	N° de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación con vacunación anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura
Prevención	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	(N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 25 a 64 años (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 25 a 64 años / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 25 a 64 años *100	aumentar 5%
Prevención	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud. Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal.	Talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género a población adulta de 25 a 64 años	Porcentaje de población adulta de 25 a 64 años que asisten a actividades preventivas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género realizadas.	N° de personas que asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita de 25 a 64 años (año vigente)*100	Alcanzar 1% cobertura

Prevención	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior
Prevención	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad.	Realizar examen de VIH en hombres de 25-64 años que atendidos por morbilidad	Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 25-64 años consultantes de morbilidad	Nº total de examen de VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad/Nº total de consultas de morbilidad realizados en hombres de 25-64 años *100	2%
Prevención	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años atendidos por demanda espontánea	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que atendidos por demanda espontánea	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en personas de 25-64 años demanda espontánea	Nº total de test rápido para VIH realizados en personas de 25-64 años consultantes por morbilidad/Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes de 25-64 años por morbilidad*100	15%
Prevención	Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Disminuir la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.	Aplicar cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a personas que se realizan EMPA.	Porcentaje de personas que se les realiza el tamizaje de consumo de sustancias en el espacio EMPA.	(Nº de personas con aplicación de tamizaje de consumo de sustancias/ Nº de personas que se realizan EMPA)*100	100%
Prevención nuevo	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación	(Nº de gestantes adultas con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación)*100	80%

Tratamiento	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS) / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	Aumentar 5%
Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año 2019)/ Cobertura Hipertensos (año 2019) Cálculo de cobertura: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019
Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019)/(Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control en PSCV) *100	Mantener meta a diciembre año 2019
Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019 /Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019

Tratamiento	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año 2019/ Cobertura Diabéticos (año 2019)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	mantener cobertura año 2019
Tratamiento	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año 2019)/ (Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	mantener cobertura año 2019
Tratamiento	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019) / Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	mantener cobertura año 2019

Tratamiento	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación al total de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.
Tratamiento	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos entre 25 y 64 años bajo control por patología respiratoria crónica.	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019))*100	Aumentar en al menos un 50% la cobertura en relación al 2021
Tratamiento	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma con nivel de control adecuado asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control por asma con nivel de control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control por asma con nivel de control adecuado (año 2019))	Aumentar en al menos un 50% la cobertura en relación al 2021

Tratamiento	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019))	Aumentar en al menos un 50% la cobertura en relación al 2021
Tratamiento	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	N° de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	N° de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. / N° de Personas diabéticas en control PSCV	Mantener las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año 2019.
Tratamiento nuevo	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Brindar atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónica	Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en personas con enfermedades crónicas	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV , estrategia de cuidados integrales o HEARTS) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses	N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV , estrategia integral de multimorbilidad o HEARTS) que retiran tratamiento mínimo de 60 días / N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV , estrategia integral de multimorbilidad o HEARTS)	80%
Tratamiento	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	20%

Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Atención integral y oportuna por salud mental a personas de 25 a 64 años, que presenten factores de riesgo y condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de 25 a 64 años con énfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 25 a 64 años (Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental +Trastornos mentales) (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 6 y 8 de controles.
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de población adulta de 25 a 64 años en tratamiento por salud mental al ingreso y egreso del programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de salud mental población adulta de 25 a 64 años en tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ) al ingreso y egreso del programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas ingresadas y egresadas del programa salud mental (año vigente))*100	60%

Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas adultas de 25 a 64 años con trastornos mentales.	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas.	Cobertura de atención Integral a personas de 25 a 64 años con trastornos mentales.	Población bajo control por trastorno mental en adultos de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia
Tratamiento nuevo	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas adultas de 25 a 64 años.	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas.	Porcentaje de personas adultas de 25 a 64 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas	personas adultas de 25 a 64 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas adultas de 25 a 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) * 100	alcanzar un 20%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral de trastornos mentales en población mayor a 24 años	Realizar el control de salud integral a población mayor de 24 años que viven en residencias SENAME	Cobertura del control de salud integral en población mayor a 24 años que viven en residencias de SENAME	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas (año vigente) a población mayor a 24 años de residencias SENAME / N° total de personas mayores a 24 años de residencias SENAME bajo control en el período (año vigente)	No aplica
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Atención integral y oportuna a personas mayores de 24 años que viven en residencias de	Concentración de consultas y controles de salud en personas mayores a 24 años que viven en residencias de SENAME	(N° total de atenciones (controles y consultas) realizadas a personas mayores de 24 años que pertenecen a residencias SENAME (año vigente) / N° total de personas de residencias SENAME mayores de 24 años bajo control en el período	No aplica

Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral
Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Establecer línea base
Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Establecer línea base
Tratamiento	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Pacientes diabéticos del PSCV que reciben atención odontológica	Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica /Personas diabéticos en control PSCV	2%
Tratamiento	Aumentar la proporción de personas con Factores Protectores para la salud	Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.	Consulta Nutricional (CN) en Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional	(Población de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad que recibe CN / Población Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso)* 100	20%

Rehabilitación	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años o más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto)	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar (presencial o remoto) finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019))*100	mantener o aumentar cobertura año 2019
----------------	---	--	--	--	---	--

Personas Mayores

Nivel	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
Promoción	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas en salas ERA.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años en salas ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS)} N^{\circ} \text{ consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS)} \text{ Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años en salas ERA})) * 100$	100%
Promoción	Aumentar la proporción de personas con Factores Protectores para la salud	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables como factores protectores de ENT.	Consulta Nutricional en población de Personas Mayores con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de población de Personas Mayores con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	$(\text{Población de Personas Mayores con Dg de malnutrición por exceso que recibe CN} / \text{Población de Personas Mayores con Dg. de Malnutrición por exceso}) * 100$	5% incremento sobre el año 2019
Promoción	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura del PACAM en personas mayores de 70 años	Entrega de productos del PACAM a personas mayores de 70 años	Porcentaje de personas mayores de 70 años que retiran PACAM	$(\text{Proporción de personas bajo control} > 70 \text{ años que reciben BLAD (año vigente)})(\text{MENOS}) \text{ proporción de personas bajo control} > 70 \text{ años que reciben BLAD (año anterior)})$	Mantener la cobertura respecto al año 2019
Promoción nuevo	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la entrega de productos del PACAM a personas mayores con dificultades para el retiro	Entrega de PACAM en domicilio	Porcentaje de Entrega de Productos de Programas Alimentarios en domicilio a personas mayores	$(N^{\circ} \text{ personas mayores inscritas validadas que reciben entrega de productos del Programa de Alimentación Complementaria en domicilio} / N^{\circ} \text{ de personas mayores inscritas validadas}) * 100$	Aumentar en un 5% respecto a 2021

Prevención --	Aumentar el número de personas mayores con seguimiento integral remoto y la pesquisa de otros factores de riesgo.	Brindar acompañamiento integral a personas mayores para educación en salud, seguimiento de condiciones crónicas y continuidad de la atención en períodos con actividades presenciales disminuidas	Seguimiento Telefónico Integral a personas mayores	Porcentaje de Contacto remoto con personas mayores para acompañamiento y monitoreo desde el centro de salud, identificación de otros factores de riesgo y educación en salud.	(N° personas mayores inscritas validadas que reciben seguimiento telefónico integral/N° personas mayores inscritas validadas)*100	MANTENER cobertura 2021
Promoción	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la promoción de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más	Talleres promocionales de salud mental en personas mayores de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a actividades promocionales de salud mental.	(N° de personas de 65 años y más que asisten a taller)/ (Población inscrita de 65 años y más (año vigente))*100	Mantener cobertura del 2019
Prevención	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	(N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	MANTENER 2019

Prevención	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento que incluya EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia, dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM), haciendo seguimiento además a los factores de riesgo identificados que afecten la funcionalidad de las personas mayores, incluidas en el Plan de Atención del EMPAM.	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)} / N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente})) * 100$	50%
Prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida} / N^{\circ} \text{ Total de personas de 65 años inscritos y validados}) * 100$	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada

Prevención nuevo	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(N° de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	85% de cobertura
Prevención nuevo	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 65 años y mas	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	(N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 65 años y más (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 65 años y mas / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 65 años y más *100	aumentar 5%
Prevención	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(N° de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.

Prevención	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	80% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.
Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el porcentaje alcanzado el año anterior.
Prevención	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 70%

Prevención	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	$(\text{N}^\circ \text{ de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta} / \text{N}^\circ \text{ total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM}) * 100$	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.
Prevención	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH (todas las técnicas) en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH (todas las técnicas) a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	$(\text{N}^\circ \text{ total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) N}^\circ \text{ total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior)}) * 100$	Aumentar el porcentaje alcanzado el año anterior.
Prevención	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	$(\text{N}^\circ \text{ total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 65 años y más bajo control}) * 100$	30% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.

Prevención	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Talleres preventivos de salud mental en personas mayores de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a talleres preventivos de salud mental.	(N° de personas de 65 años y más que asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita mayor de 65 años (año vigente)*100	Mantener en relación al año 2019
Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año 2019)/ Cobertura Hipertensos (año 2019) Cálculo de cobertura: (N° de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control / N° de personas hipertensas de 65 años y mas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019
Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo proporción de compensación de metas: N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Mantener la cobertura alcanzada a diciembre 2019

Tratamiento	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y más bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019)/ (Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años estimados según prevalencia en población inscrita validada	mantener cobertura año 2019
Tratamiento	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado en los últimos 6 meses/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	100% reciben manejo avanzado de heridas

Prevención	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente / Nº total de personas de 65 años y más con diabetes bajo control en PSCV *100	Aumentar en al menos un 50% la cobertura de fondo de ojo vigente en relación al 2021
Tratamiento nuevo	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año 2019) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año 2019))*100	mantener en relación al 2019
Tratamiento	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año 2019) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año 2019))	mantener en relación al 2019

Tratamiento	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año 2019))	mantener en relación al 2019
Tratamiento	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 65 años y mas)	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	20%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados en personas mayores de 65 años y más.	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 65 y más años/N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años, esperados según prevalencia de 22%	17%
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Brindar atención integral y oportuna a personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más, egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental, factores de riesgo o condicionantes de la salud mental	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa de salud mental (año vigente))*100	15%

Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración entre 6 y 8 de controles
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento salud mental al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental en personas de 65 años y más en tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ al ingreso y egreso del programa).	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas ingresadas y egresadas del programa salud mental (año vigente))*100	60%
Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	establecer línea de base
Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	establecer línea de base

Tratamiento	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	establecer línea de base
Tratamiento	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Pacientes diabéticos del PSCV que reciben atención odontológica	Porcentaje de Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica	Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica /Personas diabéticos en control PSCV	2%
Tratamiento nuevo	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Brindar atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónica	Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en personas con enfermedades crónicas	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia de cuidados integrales) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses	N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia integral de multimorbilidad) que retiran tratamiento mínimo de 60 días / N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia integral de multimorbilidad)	80%

Rehabilitación	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto) en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar presencial o remoto	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar presencial o remoto finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año2019))*100	mantener o aumentar cobertura año 2019
Prevención	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Aumentar la pesquisa de personas infectadas por el virus de hepatitis C	Realizar el examen de anticuerpos de VHC en personas de 65 y más años con factores de riesgo	Porcentaje de exámenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS	N° de exámenes realizados con anticuerpos de VHC a personas de 65 y más años con factores de riesgo/ N° de exámenes de anticuerpo VHC realizados el año anterior a personas de 65 y más años con factores de riesgo *100.	línea base

Transversales

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL

Nivel	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
Promoción	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de comunicación y difusión social	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Porcentaje de eventos masivos de alimentación saludable	(N° de eventos masivos de alimentación saludable realizados/N° eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentación saludable programados realizados
Promoción	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de comunicación y difusión social	Realizar eventos masivos en actividad física	Porcentaje de eventos masivos de promoción de actividad física	N° de eventos masivos en actividad física realizados/N° de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad física programados realizados
Promoción	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de las personas a entornos saludables a través de acciones de educación para la Salud	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	promover los factores protectores psicosociales a través de actividades de hábitos saludables	Una actividad educativa grupal mensual en alimentación saludable y actividad física realizadas.	Al menos 6 actividades anuales

Promoción	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar acciones Promoción de Salud en Comunas	Incorporar acciones de salud intercultural en talleres de promoción considerando elementos protectores de la salud de los pueblos indígenas	Porcentaje de personas que asisten a talleres que señalan haber adquirido nuevos factores protectores adquiridos en talleres de salud intercultural	(N° de personas que señalan haber adquirido nuevos factores protectores en los talleres de salud intercultural y pueblo indígenas / N° total de personas que participan en los talleres de salud intercultural y pueblos indígenas)*100	Al menos una actividad de promoción
Promoción nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de políticas y regulaciones locales saludables	Elaboración de regulaciones (ordenanzas, reglamentos, decretos) de Promoción de la Salud	Regulaciones locales sobre entornos saludables Decretadas	N° de regulaciones locales sobre entornos saludables Decretadas (elaboradas y aprobadas mediante Decreto Alcaldicio)	Al menos una regulación local sobre entornos saludables (Ordenanza Municipal o Decreto Alcaldicio sobre actividad física o alimentación saludables)
Promoción nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de capacitación de funcionarios.	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del EE, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC.	Capacitación en Actividad física según recomendaciones en Establecimientos Educativos	N° de capacitaciones en actividad física según recomendaciones a profesores de Educación física de Establecimientos Educativos.	Al menos una capacitación a Profesores de educación física de establecimientos educativos de la Comuna.

Promoción nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de participación	Realizar capacitaciones en temáticas de Promoción de la Salud a líderes comunitarios "Escuela de salud para líderes comunitarios"	Escuela de salud para líderes comunitarios	N° de Escuelas de salud para líderes comunitarios	Al menos una Escuela de Salud para líderes comunitarios al año
Promoción nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de capacitación de funcionarios	Realizar capacitaciones en temáticas de Promoción de la Salud a funcionarios públicos del intersector (u otras dependencias Municipales) "Escuela Comunal de Salud para funcionarios públicos"	Escuela Comunal de Salud para funcionarios públicos	N° de Escuelas de salud para líderes comunitarios	AL menos una Escuela de Salud para líderes comunitarios al año
Promoción nuevo	Mitigar los efectos en la morbilidad y mortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Capacitación a equipos de salud de los establecimientos de atención primaria con sus respectivos consejos locales de salud en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local.	Establecimientos de salud de atención primaria capacitados en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local.	(N° de establecimientos con equipo de salud y consejos locales de salud capacitados / N° de establecimientos de salud APS de la comuna)*100	50% de establecimientos de salud APS de la comuna con capacitación a sus equipos de salud y consejos locales de salud

INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL Y COMUNITARIO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias inscritas)*100	0,22
PREVENCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar	(Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas)*100	0.15

ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	(N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas)* 100	0.15
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	(N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	2.5
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Capacitación a funcionarios de establecimientos de APS en la estrategia mhGAP (disminución de brechas de salud mental).	Porcentaje de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP (Salud Mental)	(N° de funcionarios que se capacitan en la estrategia mhGAP /N° total de funcionarios del establecimiento de APS)*100	0.10
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Porcentaje de cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS.	(N° de actividades de consultorías realizadas en el periodo / N° de actividades de consultorías esperadas en el periodo) * 100.	11 Consultorías anuales (infantil y adulto)
PREVENCIÓN	Disminuir la tasa de suicidio en población general	Aumentar la atención oportuna y de calidad	Desarrollo de protocolos locales de prevención y abordaje integral del suicidio	Porcentaje de Consultorios Generales Urbano y CESFAM que cuentan con protocolo de manejo de conducta suicida	Urbano y rural y CESFAM que cuentan con protocolo de prevención del suicidio/ N° de Consultorios Generales Urbano - Rural y CESFAM) *100	100%

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/Nº de contacto con indicación de quimioprofilaxis *100	100%
Nuevo PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través de PCR	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por PCR	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por PCR/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	50%
PREVENCIÓN Nuevo	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar pesquisa extramural de casos presuntivos de TBC en personas mayores, migrantes, situación de calle, personas con dependencia de alcohol y/o drogas, pueblos indígenas.	Porcentaje de actividades de pesquisa extramural realizadas (una semestral como mínimo)	Nº de actividades de pesquisa extramural realizadas / Nº de actividades de pesquisa extramural programadas *100	100%
PREVENCIÓN Nuevo	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) proveniente de residentes en recintos penales	(Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población residente en recintos penales (MENOS) Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población residente en recintos penales / Nº de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población residente en recintos penales *100	aumentar 5%

PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria por enfermera/o del equipo de tuberculosis a todos los casos que ingresan a tratamiento	visitas domiciliarias realizadas a pacientes ingresados a tratamiento	(Nº de visitas domiciliarias realizadas / Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual de enfermería de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	100%

TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por TENS a pacientes inasistentes al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	(Nº de visitas domiciliarias por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente)/Nº de inasistencias a tratamiento)*100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana) /Nº de pacientes inasistentes continuados por una semana *100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

Nivel	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
prevención	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92%
Tratamiento	Disminuir la discapacidad	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) que reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED)*100	100%

prevención	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	100%
prevención	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as) para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)	(N° de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / N° Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	OK
prevención	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(N° de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / N° de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben al menos 2 visitas domiciliarias en el año.

**PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA:
INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)**

Nivel	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
Prevención	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieren	Hacer o actualizar el diagnóstico Participativo, conocer las Redes Locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión, mantener el trabajo comunitario en forma permanente en las actividades del equipo de rehabilitación, dando cuenta del modelo biopsicosocial.	Diagnóstico y Planificación Participativa: Los equipos de rehabilitación en el desarrollo del modelo biopsicosocial, en el cual el objetivo fundamental es la inclusión social, deben realizar el diagnóstico con sus comunidades y posteriormente el trabajo de planificación participativa para enfrentar las necesidades surgidas del Diagnóstico Participativo.	Porcentaje de Actividades de Diagnóstico y Planificación Participativa	N° Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ Total Actividades y Participación*100	NO APLICA, lista de espera de aprox. 500 personas en rehabilitación
			Realizar el Diagnóstico Participativo cada 2 años	Diagnóstico Participativo	Cuenta con Diagnóstico Participativo actualizado SI/NO	NO, último realizado en el año 2020
			Realizar Plan de Trabajo Anual con las Organizaciones de discapacidad	Plan de Trabajo en forma Participativa	Cuenta con Plan de Trabajo Anual con organizaciones de Discapacidad SI/NO	100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo con las organizaciones de discapacidad (RBC, RI, RR)

			Gestiones realizadas por el equipo de rehabilitación para incorporarlos a la escuela, para el logro de inclusión laboral a través de la OMIL o de ONG del sector.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que logran participación en comunidad producto de la intervención del equipo	Nº personas que logran participación en comunidad /total de ingresos *100	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) (RBC, RI, RR)
prevención	Prevención de problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización de actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y artrosis en etapas iniciales, lumbago, Parkinson, etc., entregando herramientas para el autocuidado.	Porcentaje de personas que ingresan a Educación Grupal.	Nº Total de Personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100	10% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. (RBC, RI, RR).
prevención	Prevención de problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	Porcentaje de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, que se orientan al trabajo con cuidadores	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores (RBC, RI, RR)

Rehabilitación	Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Estimular la atención de personas con problemas de salud cuyo origen es neurológico, y que requieren de la continuidad en la atención en APS, o mantención para retardar procesos discapacitantes.	Mantener al menos un 20% de personas con Parkinson, secuela de AVE, LM, TEC otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº Personas ingresados con Dg de Parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	20% en RBC, 15% RI, 10% RR
	Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería Individual o Familiar, resolución de crisis normativas y no normativas	Intervenir las crisis normativas y no normativas de las personas atendidas en el programa, apoyar a la familia en la resolución de conflictos, entregar herramientas. Desarrollo de las intervenciones con un modelo biopsicosocial.	Realizar intervenciones de Consejería individual y familiar, programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben consejerías individuales y/o familiares, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	Nº de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) /Nº ingresos * 100	NO APLICA (en este momento por el nivel crítico de lista de espera, además nunca lo hemos realizado)

	Realizar VDI para conocer el entorno, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas atendidas en el programa y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares	Realizar VDI para conocer el entorno y habitabilidad, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas ingresadas al programa que requieren atención en domicilio, o trabajo con la familia. Hacer un diagnóstico en terreno de la Persona en rehabilitación y su cuidador e intervenciones acorde al Plan.	Realizar VDI en domicilio, realizar informe y Plan de Tratamiento Integral	Porcentaje de VDI realizadas en relación al total de Visitas Domiciliarias	Nº Visita Domiciliaria Integral/ Total de Visitas Domiciliarias Integrales + Visitas Domiciliarias de Procedimientos *100	50% de las VD son Integrales (RBC, RI, RR)
	Favorecer que las personas atendidas en el programa, logren el máximo de autonomía e independencia	Ingresar al Programa a las personas que lo requieran con objetivos definidos, con PTI, que puedan egresar posterior al cumplimiento de ellos.	Realizar ingreso con PTI, consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del Plan.	Porcentaje de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	Nº Personas egresadas /Total ingresos*100	60% Egresos en RBC y RI, 30% de egresos en RR
	Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a MBE	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y aumentar la movilización activa de las personas ingresadas al Programa. Promover el trabajo en Rehabilitación basado en MBE	Definir mayoritariamente actividades orientadas a la movilización activa de las personas intervenidas en el Programa y utilización de la fisioterapia solo en casos necesarios.	Porcentaje de Procedimientos de Fisioterapia	Nº total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia. (RBC, RI, RR)

INDICADORES DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

Nivel	Objetivo de impacto estrategia	Objetivo	Actividad	Nombre indicador	Indicador	Meta
Prevención	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de sífilis en la gestante	N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para sífilis durante el embarazo/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	0,95
Prevención	reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión materno infantil del VIH	Tamizaje para VIH durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de VIH en la gestante	N° total de mujeres que conocen su serología para VIH al parto/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto*100	0,95
Prevención nuevo	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión materno infantil de Chagas	Tamizaje de enfermedad de Chagas en embarazo	Cobertura de tamizaje de Chagas en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas para enfermedad de Chagas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	0,95
Prevención nuevo	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión materno infantil de Chagas	Diagnóstico de Enfermedad de Chagas en mujeres de edad fértil en zona endémica vectorial	Cobertura en el diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil durante control preconcepcional en zona endémica vectorial.	N° total de mujeres en edad fértil en control preconcepcional con tamizaje de enfermedad de Chagas/ N° total mujeres en edad fértil en control preconcepcional *100	0,5
Tratamiento	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Tratamiento inicial para sífilis	Cobertura de tratamiento inicial de sífilis	N° gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis/ N° total de gestantes con serología (+) para sífilis*100	0,95

DOTACIÓN

<i>Departamento de salud</i>		
<i>CATEGORÍA</i>	Cargo	Horas semanales
<i>B</i>	Directivos y asesores técnicos - administrativos	616
<i>C</i>	TANS (DESAM)	748
<i>C</i>	TENS (Programas imágenes)	44
<i>E</i>	Administrativos (DESAM RRHH - opera etc.)	308
<i>F</i>	Conductor	132
<i>F</i>	Auxiliar servicios menores	176
	Total	2024

<i>CESFAM Dr. Miguel solar</i>		
<i>CATEGORÍA</i>	Cargo	Horas semanales
<i>A</i>	Dirección CESFAM	44
<i>A</i>	Médico	583
<i>A</i>	Médico (medicina natural)	33
<i>A</i>	Odontólogo	231
<i>A</i>	Odontólogo JUNAEB	11
<i>A</i>	Químico -Farmacéutico	44
<i>B</i>	Matrona	352
<i>B</i>	Enfermera	484
<i>B</i>	Nutricionista	165
<i>B</i>	Psicólogo	220
<i>B</i>	Kinesiólogo	319
<i>B</i>	T. Social	209
<i>B</i>	T. Ocupacional	110
<i>B</i>	Educadora de párvulos	44
<i>C</i>	TANS	396
<i>C</i>	TENS	968
<i>C</i>	TENS (GES-IC)	88
<i>C</i>	TENS dental	220
<i>C</i>	TENS dental (GES-IC)	44
<i>C</i>	TENS ambulancia	352
<i>C</i>	TENS dental JUNAEB	44
<i>C</i>	Técnico en podología	11
<i>D</i>	Podóloga	22
<i>D</i>	Auxiliar paramédico	132

<i>D</i>	Auxiliar de alimentación	44
<i>E</i>	Administrativos	220
<i>E</i>	Administrativos (GES-IC)	44
<i>F</i>	Conductor	88
<i>F</i>	Conductor ambulancia	176
<i>F</i>	Calderero	44
<i>F</i>	Auxiliar servicios menores	418
	Total	6160

<i>CESFAM DR. RAÚL MOYA Y POSTAS</i>		
<i>CATEGORÍA</i>	Cargo	Horas semanales
<i>B</i>	Dirección CESFAM	44
<i>B</i>	Jefe SOME	22
<i>A</i>	Médico	462
<i>A</i>	Odontólogo	198
<i>A</i>	Químico -Farmacéutico	44
<i>B</i>	Matrona	242
<i>B</i>	Enfermera	440
<i>B</i>	Nutricionista	176
<i>B</i>	Psicólogo	242
<i>B</i>	Kinesiólogo	198
<i>B</i>	T. Social	198
<i>C</i>	TANS	220
<i>C</i>	TANS (GES-IC)	88
<i>C</i>	TENS	1188
<i>C</i>	TENS dental	132
<i>C</i>	TENS ambulancia	484
<i>C</i>	Técnico en podología	33
<i>D</i>	Auxiliar paramédico	132
<i>D</i>	Aux paramédico ambulancia	44
<i>E</i>	Administrativo	264
<i>F</i>	Conductor	132
<i>F</i>	Conductor ambulancia	528
<i>F</i>	Calderero	44
<i>F</i>	Auxiliar servicios menores	374
	Total	5929

Gráfico 172: Total horas de dotación, Paine 2021-2022

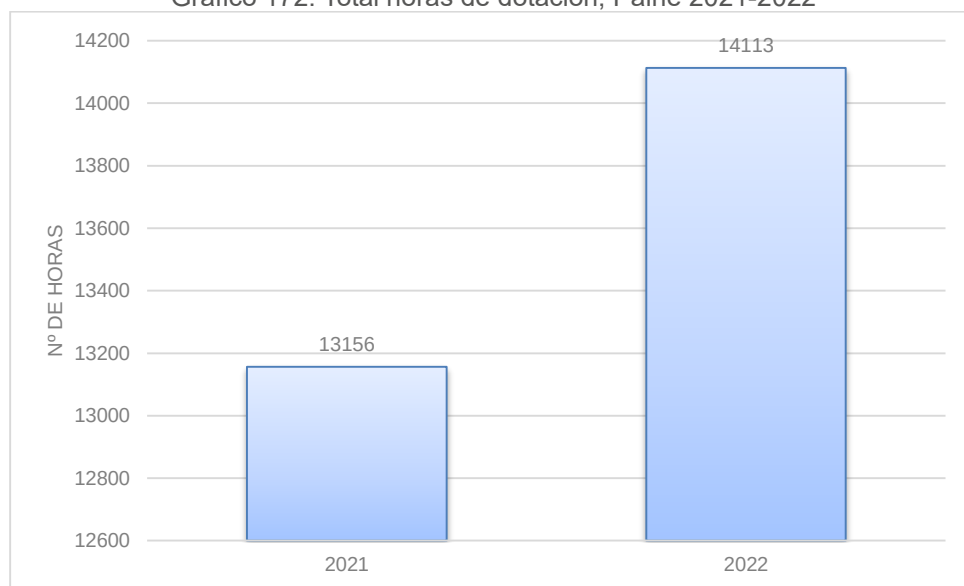
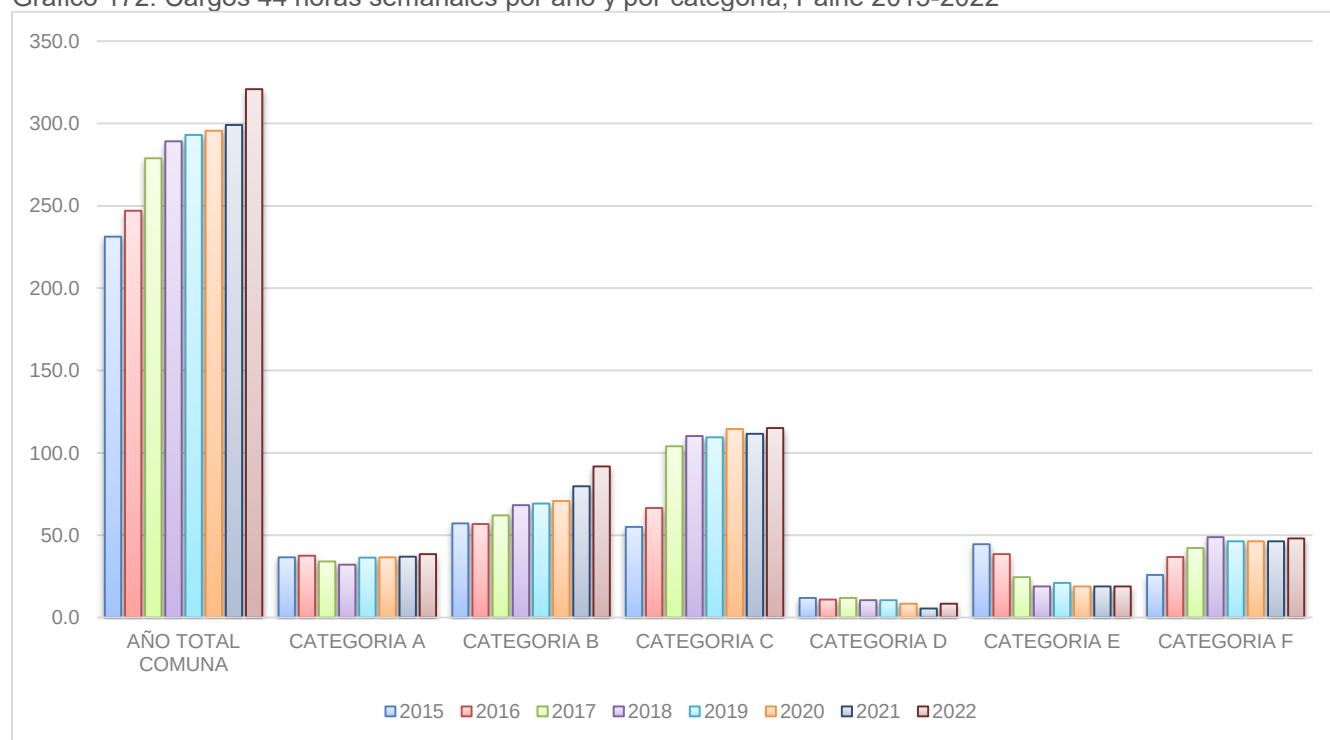


Gráfico 172: Cargos 44 horas semanales por año y por categoría, Paine 2015-2022



GESTIÓN ADMINISTRATIVA FINANCIERA

BALANCE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA INGRESOS		
<i>DENOMINACIÓN</i>	2020	2021
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$9.314.277	\$10.593.725
RENTAS A LA PROPIEDAD	\$1.699	\$3.515
INGRESOS DE OPERACIÓN	\$13.197	\$17.413
OTROS	\$372.836	\$312.658
C X C RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	\$171.487	\$149.250
SALDO INICIAL DE CAJA	\$59.552	\$790.571
TOTAL INGRESOS M\$	9.933.048	11.867.132

BALANCE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA GASTOS		
<i>DENOMINACIÓN</i>	2020	2021
GASTOS EN PERSONAL	\$7.230.053	\$8.445.029
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$1.475.154	\$3.043.094
PRESTACIONES	\$11.526	\$86.951
CUENTAS POR PAGAR OTROS GASTOS CORRIENTES	\$3.599	\$9.787
ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	\$206.530	\$281.666
DEUDA FLOTANTE	\$216.343	\$605
SALDO FINAL DE CAJA	\$789.843	
TOTAL GASTOS M\$	9.933.048	11.867.132

PROYECTO PRESUPUESTO DE INGRESOS 2022		
<i>DENOMINACIÓN</i>	Presupuesto m\$	%
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	9.425.687	93%
APORTES DE EMPRESARIOS	10.000	
ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378 ART. 49 AA	7.881.813	
DESEMPEÑO COLECTIVO	715.000	
LEY N°19.813 CONDUCTORES	25.170	
ASIGNACIÓN DESEMPEÑO DIFÍCIL	359.000	
OTRAS TRANSFERENCIAS	141.936	
ANTICIPOS DEL APORTE ESTATAL	-23.232	
AGUINALDOS Y BONOS	166.000	
DE LA MUNICIPALIDAD A SALUD	150.000	

RENTAS A LA PROPIEDAD	2.625	0%
INTERESES	2.625	
INGRESOS DE OPERACIÓN	17.935	0%
RECAUDACIONES	17.935	
OTROS INGRESOS CORRIENTES	325.303	3%
LICENCIAS MEDICAS MUTUAL ART 4	2.700	
LICENCIAS ISAPRE - FONASA REINTEGROS	311.190	
REINTEGROS VARIOS	10.000	
OTROS	1.413	
C X C RECUPERACIÓN DE PRÉSTAMOS	153.728	2%
LICENCIAS MÉDICAS AÑOS ANTERIORES	153.728	
SALDO INICIAL DE CAJA	165.000	2%
SALDO INICIAL DE CAJA	165.000	
TOTAL INGRESOS M\$	10.090.278	100%

PROYECTO PRESUPUESTO DE GASTOS 2022		
DENOMINACIÓN	Presupuesto m\$	%
GASTOS EN PERSONAL	7.950.355	79%
PERSONAL DE PLANTA	4.554.051	
PERSONAL A CONTRATA	2.709.899	
OTRAS REMUNERACIONES	686.405	
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.876.423	19%
PARA PERSONAS	6.000	
TEXTILES - VESTUARIO Y CALZADO	37.800	
COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES	70.000	
PARA VEHÍCULOS		
MATERIALES DE USO O CONSUMO	763.043	
CORRIENTE		
SERVICIOS BÁSICOS	169.614	
MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	133.000	
PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	18.200	
SERVICIOS GENERALES	595.766	
ARRIENDOS	48.000	
SERVICIOS FINANCIEROS Y DE		
SEGUROS	20.000	
SERVICIOS TÉCNICOS Y		
PROFESIONALES	5.000	
OTROS GASTOS EN BIENES Y		
SERVICIOS DE CONSUMO	10.000	
CUENTAS POR PAGAR OTROS	1.000	0%
GASTOS CORRIENTES		

DEVOLUCIONES	1.000	
ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	162.500	2%
EDIFICIOS	6.000	
VEHÍCULOS	35.000	
MOBILIARIO Y OTROS	33.000	
OTRAS	41.500	
EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFÉRICOS	41.000	
PROGRAMAS INFORMÁTICOS	6.000	
DEUDA FLOTANTE	100.000	1%
DEUDA FLOTANTE	100.000	
TOTAL GASTOS M\$	10.090.278	100%

PLAN DE CAPACITACIÓN

El plan de capacitación del personal de salud de la Municipalidad de Paine contratados por la Ley N° 19.378 se formula a partir de los siguientes lineamientos estratégicos:

- Eje estratégico 1: Enfermedades transmisibles.
- Eje estratégico 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad.
- Eje estratégico 3: Hábitos de vida.
- Eje estratégico 4: Curso de vida.
- Eje estratégico 5: Equidad y salud en todas las políticas.
- Eje estratégico 6: Medio ambiente.
- Eje estratégico 7: Institucionalidad del sector salud.
- Eje estratégico 8: Calidad de la atención.
- Eje estratégico 9: Emergencias, desastres y epidemias.

Además, el plan de capacitación se construye según el levantamiento de necesidades de los funcionarios, con el fin de mejorar los procesos de atención del usuario. Este año la planificación se basó en las necesidades presentadas por los funcionarios en las últimas encuestas realizadas los años anteriores.

A continuación observamos el plan de capacitación 2022



Lineamientos estratégicos	Actividad	Objetivos educativos	Numero de participantes por categoría								Financiamiento			
			A	B	C	D	E	F	TOTAL	Numero de horas pedagógicas	Ítem capacitación	Fondo municipal	Otros fondos	Total
EE2	Capacitación hearts	Preparar al personal, sobre el manejo de la hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular en la APS	15	15	20	0	0	0	50	11	\$1.500.000	\$	\$	\$1.500.000
EE7	Extracción y manejo de datos IRIS	Conocer, entender y desarrollar el correcto registro en ficha clínica para la correcta carga de datos en IRIS y su correcta aplicabilidad dentro de las estrategias para optimizar el manejo y análisis de datos	10	6	2	0	2	0	20	11	\$1.800.000	\$	\$	\$1.800.000
EE8	Comunicación y Liderazgo	Reconocer y utilizar habilidades y técnicas que mejoren las estrategias planificadas y entrenar y aplicar las destrezas claves dentro de cada uno de los roles que se desempeñan en APS	0	6	3	0	16	0	25	11	\$2.300.000	\$	\$	\$2.300.000

	Acreditación y Calidad en Salud	Adquirir conocimiento y desarrollar habilidades para preparar, organizar y enfrentar el proceso de acreditación de la institución.	5	5	5	0	5	5	25	21	\$1.500.000	\$	\$	\$1.500.000
	Manejo de situaciones de crisis	Enfrentar de mejor manera el estrés gatillado por factores externos, así como el trabajo bajo presión, contribuyendo a la mejora del clima laboral	4	4	10	2	5	5	30	11	\$1.900.000	\$	\$	\$1.900.000
Totales			34	36	40	2	28	10	150		\$9.000.000	\$	\$	\$9.000.000