

# Plan Comunal de Salud 2022

Departamento de Salud Municipal



[www.pedroaguirrecerda.cl](http://www.pedroaguirrecerda.cl)



PACmunicipio



MUNICIPALIDAD  
Pedro Aguirre Cerda

## INDICE

1.	SALUD MUNICIPAL: LINEAMIENTOS .....	4
2.	CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNA .....	5
2.1	Antecedentes demográficos .....	6
2.2	Determinantes Sociales .....	7
2.2.1	Pobreza multidimensional e Ingresos.....	7
2.2.2	Educación .....	8
2.3	Estadísticas vitales .....	9
2.3.1	Mortalidad.....	9
2.3.2	Mortalidad Infantil y Mortalidad de Personas Mayores .....	9
2.3.3	Tasa de Natalidad y Fecundidad.....	10
2.4	Situación de Salud: Antecedentes del sistema local de salud en pandemia.....	10
3.	RED DE SALUD COMUNAL.....	16
4.	AREAS PRIORITARIAS EN LA GESTION .....	18
4.1	Afrontamiento de la pandemia por COVID - 19.....	18
4.2	Modelo de Salud Familiar y Comunitario .....	21
4.3	Diagnósticos Participativos.....	25
4.4	GESTIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION SAPU - SAR .....	30
4.5	CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO. ....	31
4.6	Población inscrita validada. ....	32
5.	EVALUACIÓN PLAN DE SALUD A SEPTIEMBRE DE 2021 .....	33
5.1	INDICADORES DEL CICLO VITAL INFANTIL.....	33
5.2	INDICADORES CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE .....	35
5.3	INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO.....	37
5.4	INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR .....	38
6.5	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO).....	38
5.6	EJE PROMOCIONAL PREVENTIVO CON ENFOQUE COMUNITARIO.....	40
5.7	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	41
5.8	PROGRAMA ODONTOLÓGICO.....	42
5.9	REHABILITACION INTEGRAL .....	43
6.	PLANIFICACIÓN 2022 POR CICLO VITAL Y ÁREAS TRANSVERSALES .....	44
6.1	Cartera de prestaciones.....	44
6.2	PLANIFICACION 2022 CICLO VITAL INFANTIL.....	48
6.3	PLANIFICACIÓN 2022 CICLO VITAL ADOLESCENTE .....	57

6.4	PLANIFICACION 2022 CICLO VITAL DEL ADULTO .....	64
6.5	PLANIFICACIÓN 2022 CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR.....	69
6.6	PLANIFICACIÓN 2022 ATENCION DENTAL EN EL CICLO DE VIDA.....	72
6.7	PLANIFICACIÓN 2022 COSAM .....	75
6.8	PLANIFICACIÓN 2022 EJE PROMOCIONAL PREVENTIVO CON ENFOQUE COMUNITARIO - COMUNA SALUDABLE .....	78
6.9	GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS 2022 .....	81
7.	PRESUPUESTO.....	83
7.1	EVOLUCIÓN HISTÓRICA PRESUPUESTO COMUNAL .....	83
7.2	GESTIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN .....	87
7.3	OTRAS AREAS DE REFORZAMIENTO y DESARROLLO EN PLAN DE SALUD 2022 .....	88
8.	DOTACIÓN DE SALUD .....	89
9.	PLAN DE CAPACITACION.....	99
10.	SERVICIO DE BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA APS .....	101
11.	ANEXOS .....	102
11.1	GLOSARIO .....	102
11.2	METAS SANITARIAS.....	105
11.3	INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS) .....	106

## 1. SALUD MUNICIPAL: LINEAMIENTOS

La planificación estratégica en salud comunal vigente señala que el quehacer se orienta por:

**VISIÓN** “Ser un sistema de salud de atención primaria acreditado, que asegure prestaciones de calidad, a una comunidad corresponsable, participativa y vinculada.”

**MISIÓN** “Prestadores de Servicio de Salud, comprometidos en entregar atención de calidad, inclusiva e integral a la comunidad de Pedro Aguirre Cerda, para contribuir a su bienestar familiar y social”.

Para el año 2022, dentro del proceso de recuperar el contacto en actividades presenciales con las actividades no priorizadas en pandemia, y la coexistencia con el SARS- CoV - 2 dentro del ámbito comunitario, el Departamento de Salud ha identificado líneas estratégicas, las cuales deben estar presentes en cada actividad programática:

- A. Aumentar el acceso de las personas a la atención de salud a través de la recuperación de las actividades otorgadas en los Establecimientos de la Red de Salud Local y el desarrollo de iniciativas para acercar la atención de salud a los territorios de la comuna.
  - a. Otorgar atenciones de salud de acuerdo a la necesidad específica de quienes padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad.
  - b. Priorizar las atenciones de salud, según el nivel de riesgo de complicaciones de las personas que conforman nuestra población a cargo.
  - c. Optimizar los controles presenciales y efectuar rescate de la población que no pudo ser atendida presencialmente por efecto de la pandemia.
  - d. Gestionar la adaptación de actividades y atenciones, respecto a su cuantía y/o modalidad de entrega de los servicios de manera remota o fuera del centro asistencial
  - e. Minimizar la asistencia y contactos innecesarios con el centro de salud
- B. Profundizar en el Modelo de Atención Integral en Salud, especialmente en los ámbitos de integralidad y continuidad del cuidado.
- C. Fortalecer la Participación Social en salud, desarrollando las dimensiones de su quehacer, especialmente en relación a:
  - a. Satisfacción usuaria y humanización de la atención
  - b. Estrategias comunicacionales y comunitarias
  - c. Diagnóstico Participativo y Planificación Local
  - d. Participación y Control Social
  - e. Intersectorialidad
  - f. Habilidad de dirigentes sociales y líderes sociales.
- D. Promover la Intersectorialidad y el trabajo colaborativo entre el área de salud y las áreas municipales que abordan acciones sobre los determinantes sociales de salud

## Proceso de generación del Plan de Salud 2022

- El día 10 de septiembre 2021, el Ministerio de Salud publicó las orientaciones programáticas para 2022 de acuerdo a normativa vigente.
- En ellas MINSAL declara que la pandemia modificó los paradigmas, destacando la necesidad de fortalecer el Modelo de Atención Integral en Salud, con énfasis varios temas como pacientes con múltiples patologías crónicas, telemedicina, entre otras pero sin pronunciarse sobre el proceso de cierre de brechas sanitarias. Situación que si está presente en el plan de Salud de Pedro Aguirre Cerda.
- Comunalmente se realizó la evaluación por ciclo vital 2021 través de videoconferencias en las que participaron representantes de los CESFAM, identificando puntos críticos y desafíos para 2022, priorizando para definir las líneas de trabajo y estrategias 2022, que dieran cuenta del abordaje de las brechas en la atención en salud, y la entrega de la cartera de servicios en un contexto de incertidumbre por las condiciones epidemiológicas.
- Entre los centros de salud se socializaron los diferentes diagnósticos participativos en modalidad no presencial, ello para identificar los puntos de encuentro y fortalecer las estrategias de participación social, y de articulación con el intersector, y con los otros actores institucionales presentes en el territorio para articular respuestas a las demandas comunitarias.

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNA

Pedro Aguirre Cerda, comuna urbana ubicada en el pericentro de la provincia de Santiago, con una superficie<sup>1</sup> de 9,7 km<sup>2</sup> es la sexta comuna más pequeña del país, limita por el norte con Estación Central y Santiago Centro; por el este con San Miguel, por el oeste con Cerrillos y al sur con Lo Espejo.

Según el Censo 2017, su densidad poblacional alcanza a 11.553,85 hab/km<sup>2</sup>, siendo la octava comuna más densamente poblada de la provincia, contando con 29.906 viviendas, que corresponde a un 1,3% de las viviendas de Región Metropolitana.

La conectividad de esta comuna urbana está dada por cuatro grandes arterias viales, las avenidas: Cerrillos, José Joaquín Prieto, Carlos Valdovinos y Lo Ovalle. En el ámbito del transporte público, cuenta con servicio de tren suburbano Metro Tren Nos y dos estaciones de la Línea 6 del Metro.

En el espacio urbano destaca el Parque André Jarlan, con 11 hectáreas, el Parque Pierre Dubois, con 10 hectáreas, la Central de Abastecimiento Lo Valledor y el Núcleo Ochagavía, centro empresarial que reúne actividades económicas del rubro salud, bodegas, oficinas y otras.



<sup>1</sup> Gobierno Regional Metropolitano de Santiago, Atlas Regional 2009, Región Metropolitana de Santiago

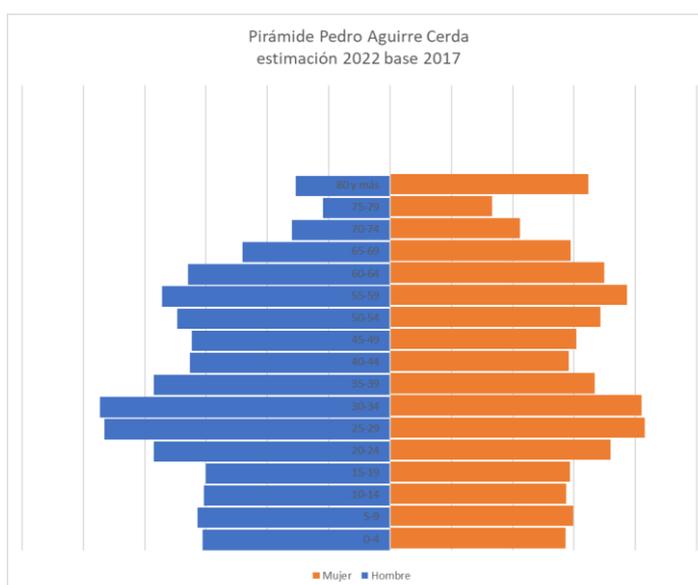
## 2.1 Antecedentes demográficos

De acuerdo al Censo de 2017, la población comunal ascendía a 101.174 personas, correspondiendo al 1,4% de los habitantes de la Región Metropolitana. Las estimaciones en base al Censo 2017 prevén un crecimiento de la población de Pedro Aguirre Cerda, después del descenso observado en los últimos censos.

Población total	1982	1992	2002	2017	Proyección 2022
País	11.329.736	13.348.397	15.116.435	17.564.003	19.828.563
RM	4.318.097	5.257.927	6.061.185	7.112.808	8.310.984
Pedro Aguirre Cerda	145.207	130.207	114.560	101.174	106.436

Elaboración propia en base a datos INE

A esto se suma un proceso de envejecimiento se ve reflejado en la pirámide poblacional estacionaria, donde la natalidad se reduce y la población predominante es madura. De acuerdo con el último Censo de población y vivienda, un 14,2% corresponde a personas mayores de 65 años, sobre los promedios regional (10,8%) y nacional (11,4%) de personas mayores en este mismo censo.



Elaboración propia en base a datos INE.

Esta estructura poblacional implica que han disminuido los indicadores de dependencia demográfica total por la predominancia de la población adulta, junto al aumento de la dependencia de los adultos mayores y disminución de la dependencia de los menores de 15 años.

Dependencia demográfica	Dependencia demográfica total			Dependencia Personas Mayores			Dependencia 0 a 14 años		
	1992	2002	2017	1992	2002	2017	1992	2002	2017
País	56,3	51,0	45,9	10,3	12,2	16,6	46	38,9	29,3
Región Metropolitana	53,8	48,6	43,3	9,9	11,6	15,5	43,9	37,0	27,8
Pedro Aguirre Cerda	55,9	53,4	47,1	12,8	18,4	20,9	43,1	35,1	26,2

Elaboración propia en base a datos INE

Otro punto que se observa en la pirámide es un leve predominio de la población femenina, en el Censo del 2017 la comuna registró un índice de masculinidad de 95,8 cercano al promedio regional (94,8).

Un 11% de la población que habitaba Pedro Aguirre Cerda en el Censo del 2017 declaró pertenecer a un pueblo originario, que es similar a lo observado en la Región Metropolitana (10,1%). Siendo la etnia mapuche la con mayor presencia en la comuna (87,9%).

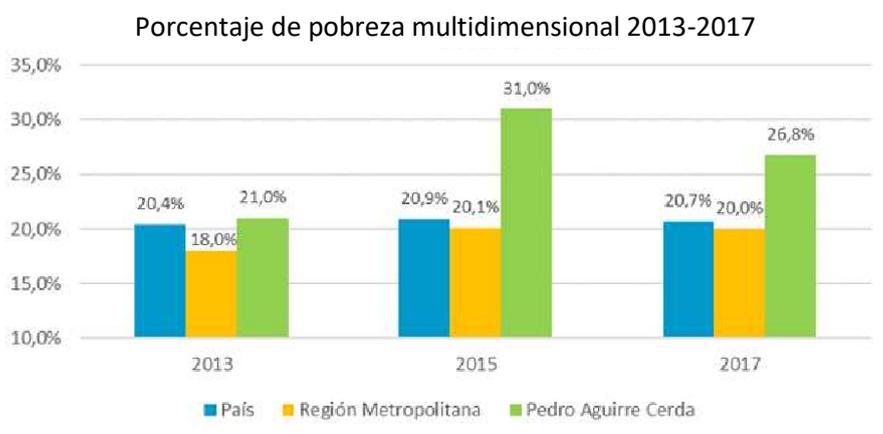
En el mismo censo un 6% de los habitantes de Pedro Aguirre Cerda declararon ser extranjeros. Y de acuerdo a encuestas actualizadas la comuna no ha tenido un aumento significativo - no pertenece al grupo de las 42 comunas con 10.000 o más habitantes migrantes -, como las comunas vecinas: Santiago, San Miguel y Estación Central.<sup>2</sup>

En 2017, la colonia haitiana era la más numerosa (51,8%), seguida por la peruana (21,6%), y en menor medida por la colonia colombiana (7,6%).

## 2.2 Determinantes Sociales

### 2.2.1 Pobreza multidimensional e Ingresos

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, mostraba que la pobreza multidimensional en la comuna tenía una tendencia al aumento respecto al año 2013, siendo seis puntos más alta que el porcentaje regional y nacional. Ocupando el lugar 12 entre las 52 comunas de la Región Metropolitana con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional.



Fuente: MIDESO, Encuesta CASEN 2013, 2015 y 2017

Esta misma encuesta señalaba que para el año 2017 se estimaba que un 6,2% de la población comunal (4.841 personas) se encontraban en situación de pobreza por ingresos.

La Encuesta Social COVID<sup>3</sup> realizada en julio de 2020 en todo el país, señala que un 59,4% de los hogares encuestados habían disminuido su ingreso a raíz de las restricciones impuestas

<sup>2</sup>INE, Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020

<sup>3</sup> PNUD, MIDESO, INE, Encuesta Social COVID 19.

por el COVID -19. Y la misma encuesta en junio – julio 2021 señaló que un 43,7% de los hogares disminuyeron sus ingresos pre pandemia y no ha mejorado esa situación transcurrido un año.

El Registro Social de Hogares (RSH)<sup>4</sup> señalaba que - a junio de 2020 - un 54,7% de los hogares de Pedro Aguirre Cerda se clasificaba en el tramo entre 0% - 40% de ingresos; cifra superior al 51,6% de la Región Metropolitana, pero inferior al promedio nacional 55,7%.

### 2.2.2 Educación

El CENSO 2017, mostró brechas asociadas a los años de escolaridad, calidad y acceso a educación superior.

Indicadores de escolaridad	País	Región Metropolitana	Pedro Aguirre Cerda
Escolaridad del jefe de hogar (años)	10,9	11,8	9,9
Ingreso a Educación superior	31%	37%	21%
Educación Superior terminada	75%	76%	68%

Fuente: INE, Censo 2017

Respecto al analfabetismo, según el mismo Censo, un 2,3% de la población comunal de 15 años y más de edad no tenían educación formal, y un 6,2% de las personas mayores de 15 años cursaron entre 1 y 4 años de escolaridad lo que sugiere un porcentaje importante de personas que podrían presentar analfabetismo funcional.

La comuna mostraba una tendencia al aumento de la matrícula en los establecimientos educacionales municipales de la comuna, que se frenó en 2020.



Fuente PADEM 2020 y 2021

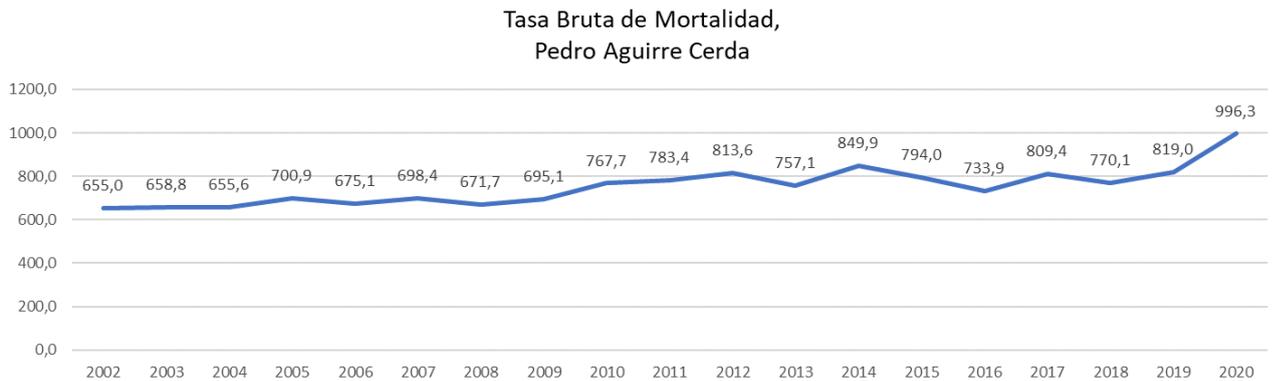
<sup>4</sup> MIDESO, Registro Social de Hogares

La misma situación se observa respecto a la matrícula total<sup>5</sup>, situación que de acuerdo al MINEDUC puede ser asociada al proceso de migración que impactó a nivel nacional en el aumento de del 2019 respecto al 2018, pero que fue menos pronunciado en 2020.

### 2.3 Estadísticas vitales

#### 2.3.1 Mortalidad

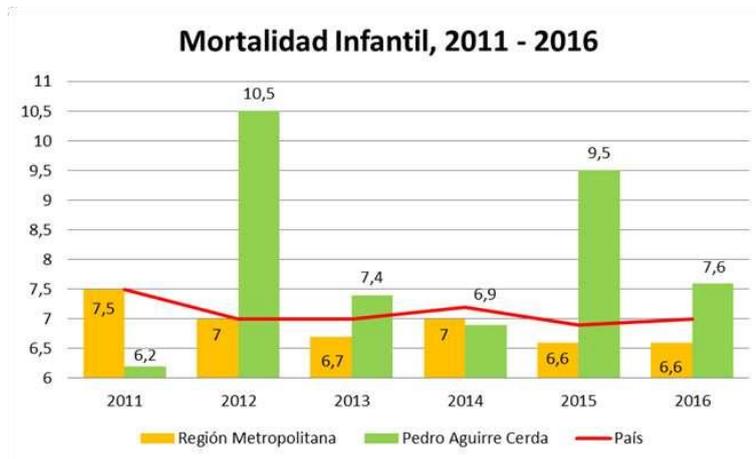
La mortalidad experimentó un aumento en 2020, asociado a la pandemia de COVID – 19, que de acuerdo a datos preliminares es la primera causa de muerte de 2020.



Elaboración propia en base a datos MINSAL, DEIS e INE

#### 2.3.2 Mortalidad Infantil y Mortalidad de Personas Mayores

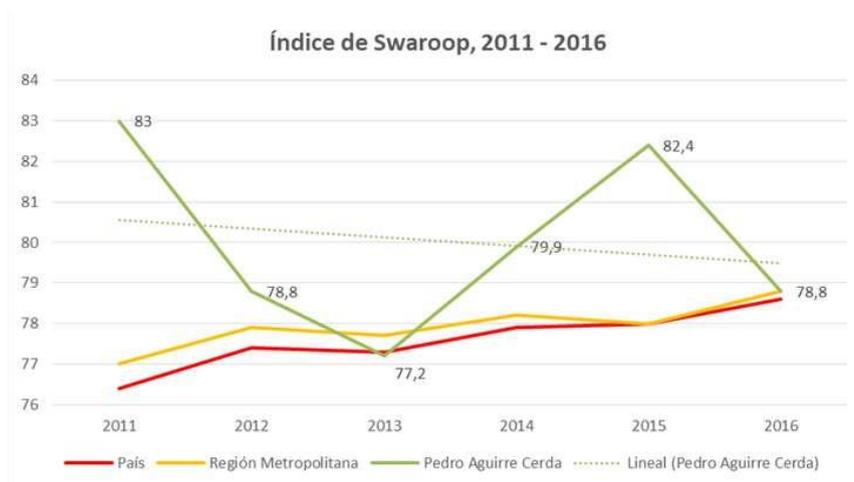
Chile tiene una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del continente, y Pedro Aguirre Cerda se mantiene dentro de estos parámetros, pero no se dispone de datos desagregados por comuna más actualizados .



Fuente: MINSAL, DEIS

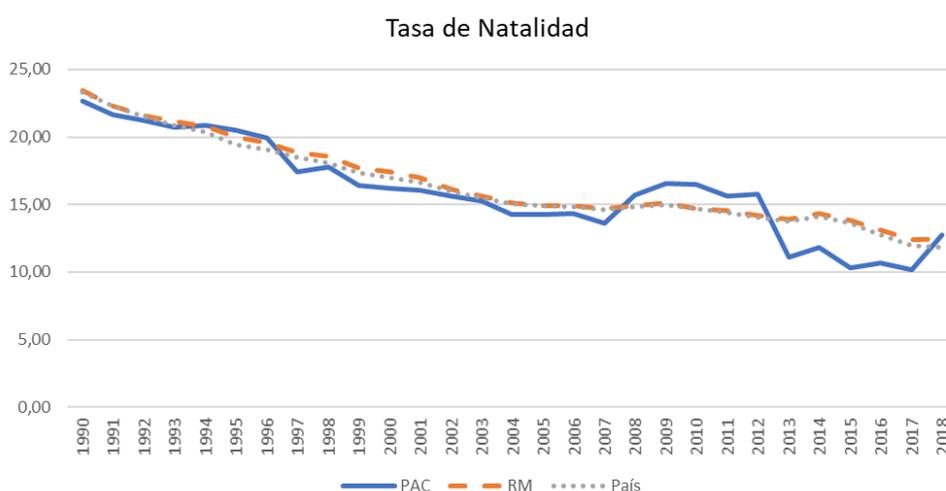
Lo mismo ocurre con el Índice de Swaroop, que consiste en la proporción de defunciones de personas con 60 años y más, sobre el total de defunciones registradas, donde se cuenta con información disponible sólo hasta el año 2016.

<sup>5</sup> Centro de Estudios MINEDUC, Apuntes 12, Marzo 2021.



Fuente: MINSAL, DEIS

### 2.3.3 Tasa de Natalidad y Fecundidad



Fuente: MINSAL, DEIS

La comuna de Pedro Aguirre Cerda está envejeciendo, ya que unida a la baja en la tasa de natalidad (12,72), en promedio una mujer en edad fértil tiene 1,77 hijos en la comuna para el año 2018<sup>6</sup>.

Ese año la mayor tasa de fecundidad se observó en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, mientras que a nivel regional se observaba una tendencia a postergar la maternidad, siendo mayor la tasa en mujeres de 30 a 34 años<sup>7</sup>.

## 2.4 Situación de Salud: Antecedentes del sistema local de salud en pandemia

La situación provocada por la irrupción a nivel mundial de la pandemia por virus SARS COV2, ha afectado el funcionamiento de los sistemas de servicios de salud a nivel mundial y nacional; cuestión que se proyecta con igual complejidad en la red comunal de salud de APS en Pedro Aguirre Cerda. Los principales problemas derivan de la necesidad imperiosa de

<sup>6</sup> DEIS, Tasa Global de Fecundidad

<sup>7</sup> DEIS, Tasa específica de Fecundidad según grupo de edad.

reorganizar los servicios de salud, debiendo priorizar las actividades que Atención Primaria ha debido sostener en el curso de esta pandemia, siendo indispensable dar continuidad a las acciones más relevantes vinculadas al manejo de la crisis sanitaria:

- 1) Realizar la vacunación por virus SAR COV2 a toda la población objetivo
- 2) Realizar la vacunación por virus Influenza a toda la población objetivo
- 3) Realizar entrega de medicamentos y alimentos en domicilio, a la población AM de riesgo.
- 4) Realizar las actividades de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento correspondientes al manejo epidemiológico de la pandemia por SARS COV 2
- 5) Realizar la atención médica y del equipo de salud destinada a las personas con sospecha o confirmación de contagio por SARS COV2
- 6) Mantener la continuidad de las atenciones indispensables de sostener en APS, definidas por el MINSAL en el Plan Paso a Paso.

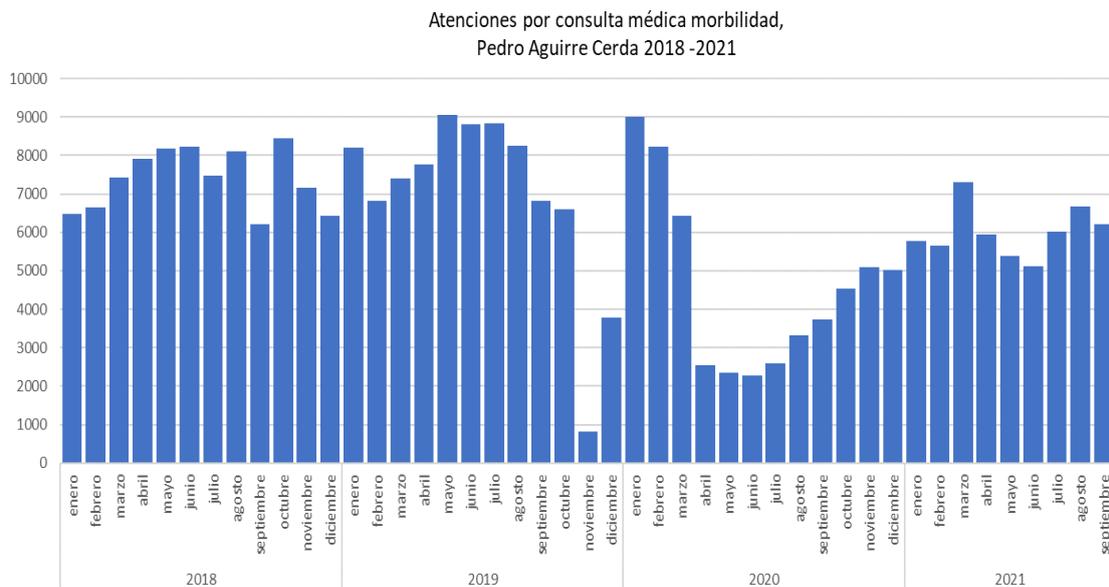
En un escenario caracterizado por:

- restricción en la oferta de las actividades promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación de atención primaria,
- generación de nuevas prestaciones asociadas al testeo, trazabilidad y asilamiento de personas con COVID 19 y modificación de prestaciones presenciales a modalidades remotas o virtuales,
- restricción a la demanda producto de las cuarentenas y el temor al contagio

A continuación se presentan algunos indicadores relevantes y el impacto de la pandemia sobre ellos:

#### *Consulta médica (morbilidad)*

Fue una de las actividades más afectadas, pues las personas restringieron sus consultas por diversas razones (temor al contagio, restricciones al desplazamiento, entre otras. No obstante lo anterior, se observa un repunte de esta actividad en 2021 proyectándose que a diciembre 2021 que logrará un 18% más de consultas que en 2020.

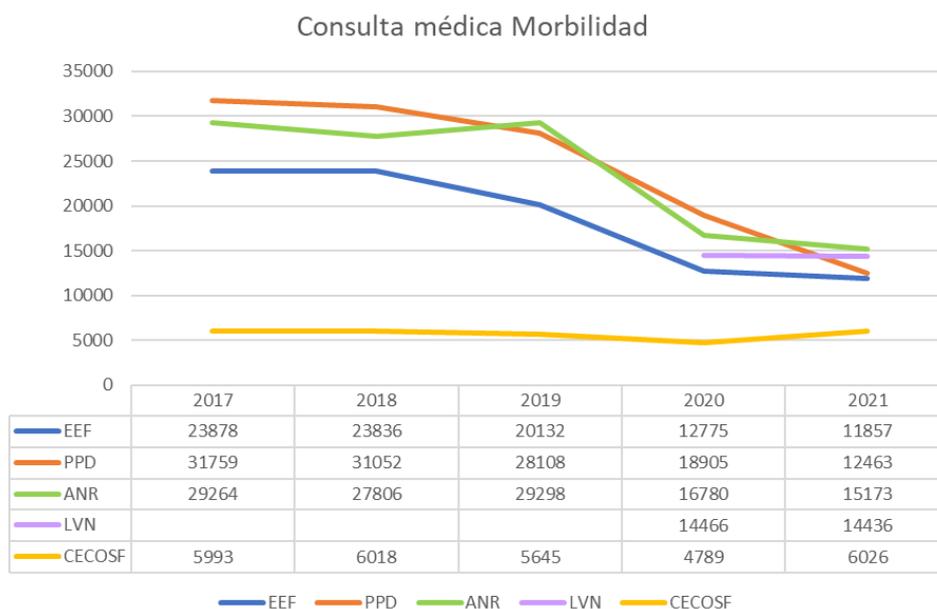


Elaboración propia en base a REM A04

La situación por centro de salud fue similar al comparar el año 2020 con el 2019:

- CESFAM EEF tuvo una reducción del 37%
- CESFAM PPD vio disminuidas las consultas en 33%
- CESFAM ANR tuvo la mayor restricción en esta actividad con una disminución de 43%
- No se informa CESFAM LVN por corresponder el 2020 al primer año de funcionamiento bajo administración del municipio, pero el CECOSF tuvo una caída de un 15% en 2020 respecto a 2019.

A septiembre de 2021 se observa una recuperación de esta actividad en tres de los centros de salud de la comuna, frenando la tendencia a la baja en este indicador.



Elaboración propia en base a REM A04

Entre enero y septiembre de 2021 CESFAM Lo Valledor presenta la tasa de consultas de morbilidad más alta (0,79 en general), destacando 1,5 consultas en el grupo de las personas mayores. Mientras los otros tres centros de salud tienen una tasa de consulta entre 0,4 y 0,45.

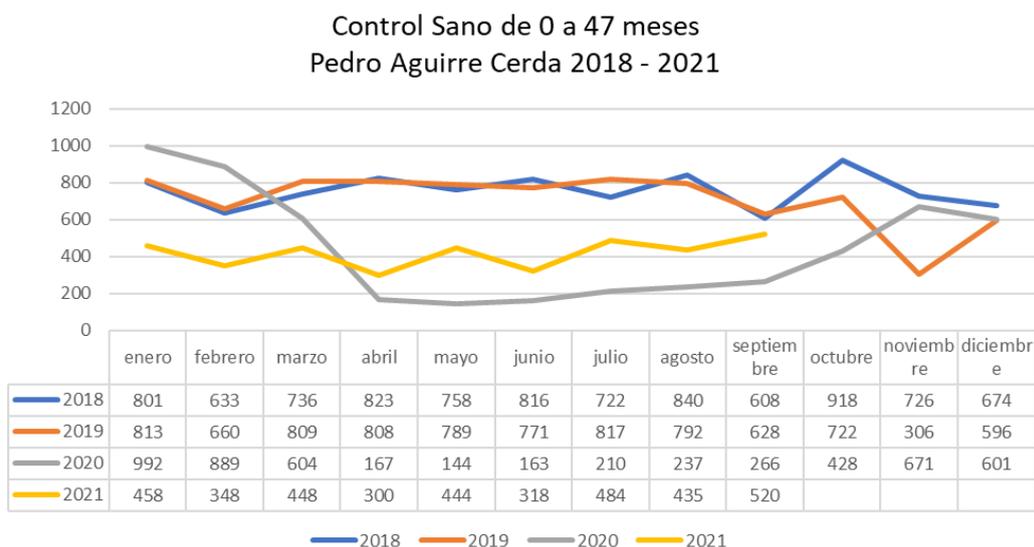
En todos los establecimientos la mayor tasa de consulta se alcanza en el grupo de adultos mayores, mientras que las caídas más grandes se ven en los niños, niñas y adolescentes.

Consulta de morbilidad por ciclo vital	ANR		EEF		PPD		LVN		Pedro Aguirre Cerda	
	Consultas	Tasa	Consultas	Tasa	Consultas	Tasa	Consultas	Tasa	Consultas	Tasa
Niños y niñas 0 a 9 años	898	0,25	642	0,24	997	0,34	1049	0,43	3586	0,30
Adolescentes 10 a 19 años	697	0,17	649	0,19	699	0,23	629	0,25	2674	0,21
Adultos 20 a 64 años	7845	0,35	6511	0,37	7550	0,42	9498	0,82	31404	0,45
Adultos Mayores	5075	0,91	3978	0,85	3209	0,90	4143	1,50	16405	0,99
<b>Total</b>	<b>14.515</b>	<b>0,41</b>	<b>11.780</b>	<b>0,42</b>	<b>12.455</b>	<b>0,45</b>	<b>15.319</b>	<b>0,79</b>	<b>54.069</b>	<b>0,49</b>

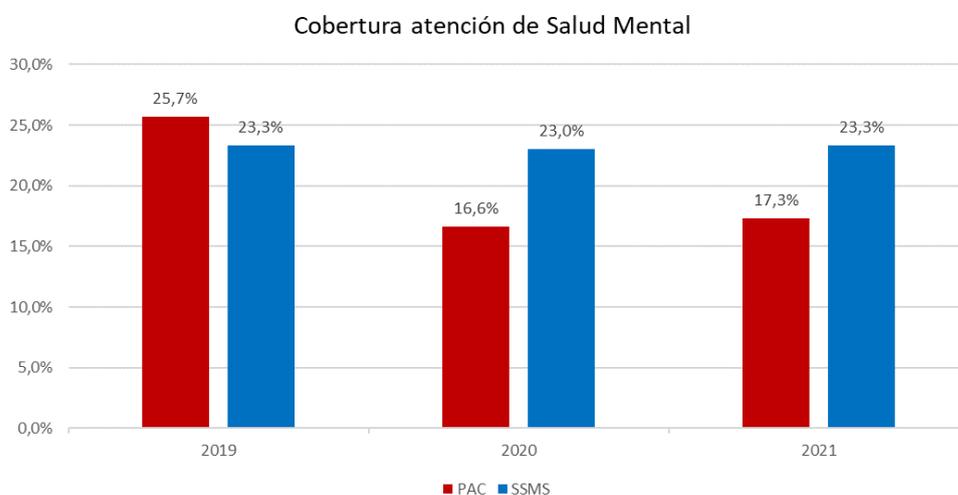
Elaboración propia en base a REM 2021

### Control Sano en niños y niñas menores de 4 años

Las atenciones preventivas y promocionales de salud fueron postergadas en su gran mayoría dando paso a las atenciones curativas. El grupo de los niños y niñas fue afectado en gran medida, pues los controles de salud se vieron fuertemente reducidos en número como se aprecia en el gráfico siguiente, perdiéndose la oportunidad de realizar acciones antes que el daño se instale.



### Salud Mental

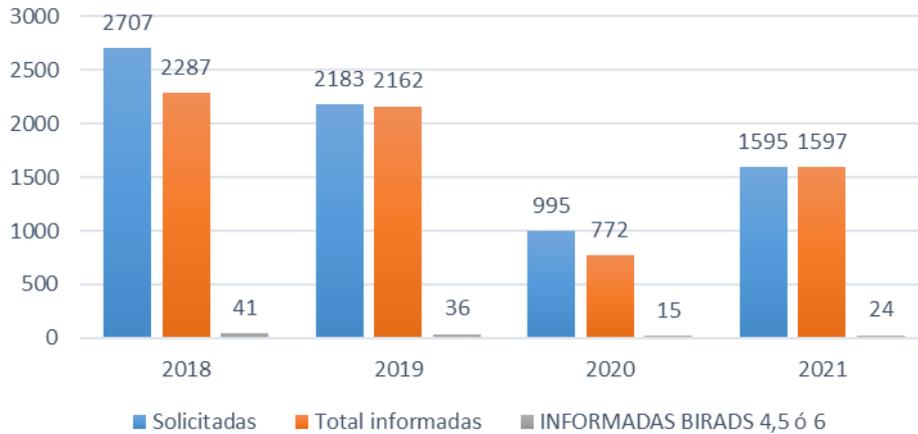


Otra área afectada, corresponde a las atenciones de Salud Mental, donde al año 2019 la Comuna de PAC se encontraba con 2,4 puntos porcentuales por sobre el promedio del Servicio de Salud Sur y al año 2021, nos mantenemos 6 puntos porcentuales por debajo.

### Salud de la Mujer

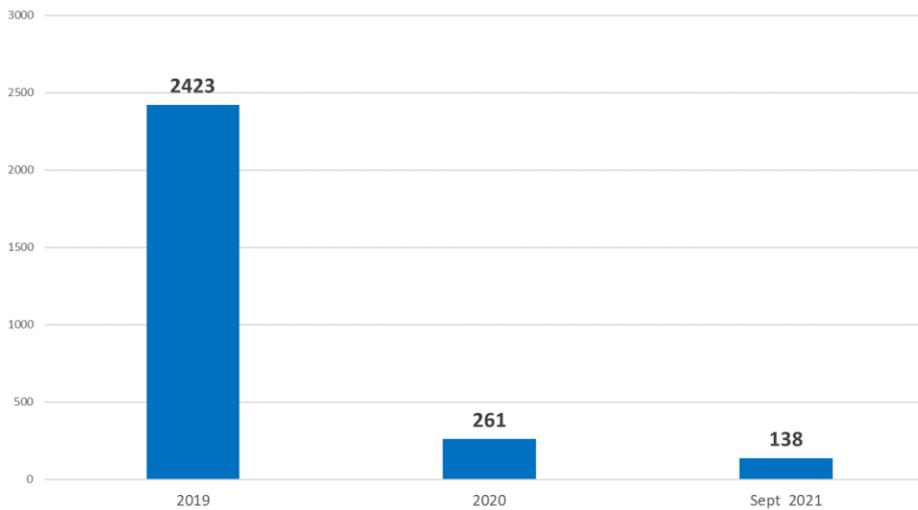
Un indicador que visibiliza la baja ocurrida en la oferta de prestaciones hacia la población femenina, lo constituye el acceso a la Mamografía como examen preventivo de pesquisa oportuna de Cáncer de Mamas. En el año 2018, la Comuna solicitaba 2707 Mamografías, cifra que baja un 63,24% en el año 2020, teniendo un leve aumento para el año 2021, pero manteniéndose un 41,07% por debajo del año 2018.

### Mamografías Pedro Aguirre Cerda 2018 a septiembre 2021



### Atención en problemas respiratorios no COVID

#### Ingreso a Programa IRA- ERA Pedro Aguirre Cerda

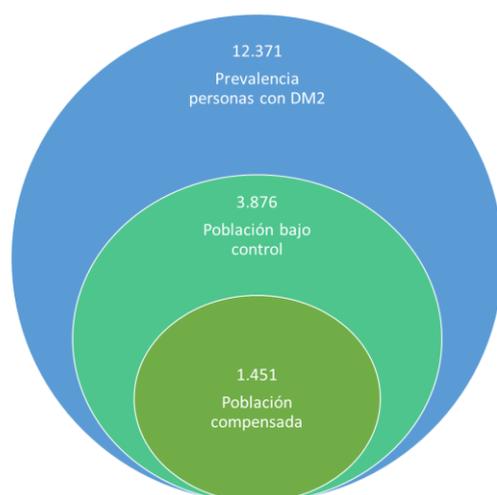
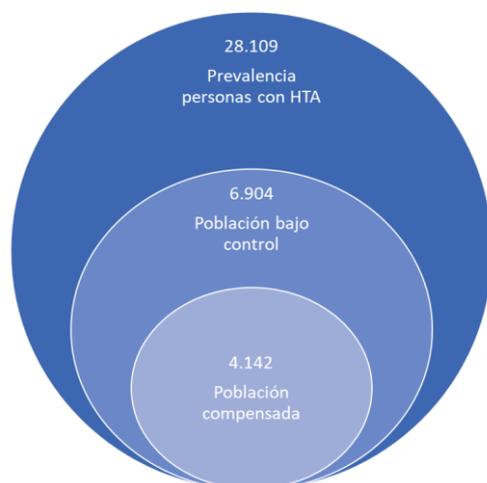


El área de las atenciones de personas con problemas de salud crónicos para IRA (niños y Jóvenes) y ERA (adulto y adulto mayor) tiene una importante baja, pues las atenciones por kinesiólogo debieron centrarse en prestaciones hacia usuarios con sospecha o caso confirmado por virus SARS COV 2 y/o actividades prioritarias de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en situación de pandemia.

### Salud de los adultos y personas mayores

Un marcador del impacto que presenta para la Salud de los Adultos y Adultos Mayores, lo constituye la cobertura de 2 problemas de salud de alta prevalencia en estas poblaciones: Cobertura de Atención en Enfermedad Hipertensiva (HTA) y Diabetes (DM). Para ambas patologías, la cobertura efectiva de personas compensadas es un indicador del grado de efectividad de la acción sanitaria.

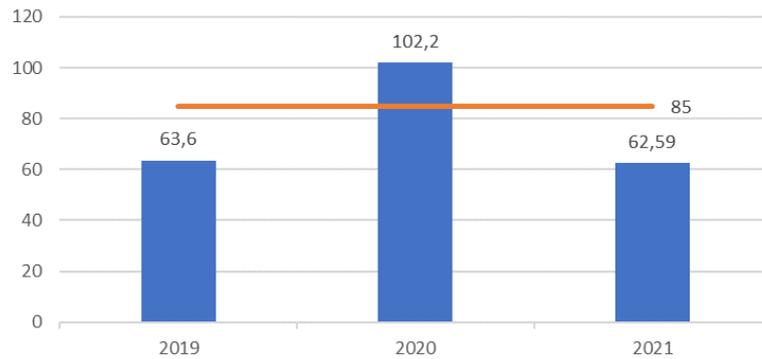
En los gráficos siguientes se aprecia el número de personas compensadas en HTA y DM respecto del total de casos esperados en la población de Adultos y Adultos Mayores inscritos en los establecimientos de la Red Comunal de APS.



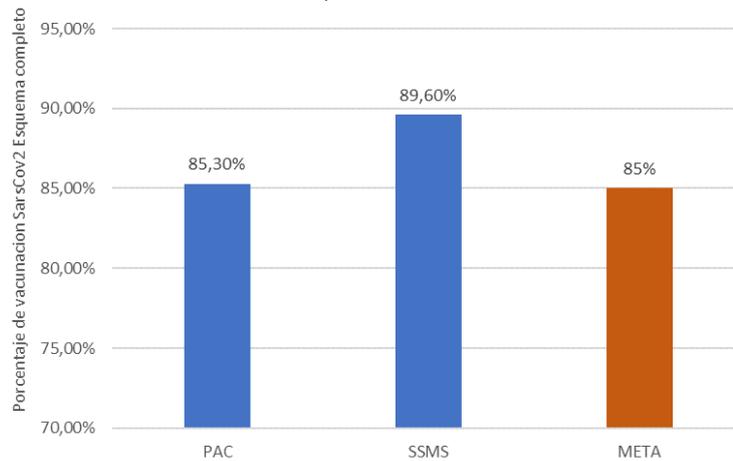
### *Inmunización*

Respecto de las coberturas en Inmunizaciones, para el año 2021 la cobertura para vacunación Influenza, se encuentra por debajo de lo esperado en un meta referencial de 85% de población, lográndose un 62,59% de cobertura. El año 2020 esta vacunación tuvo un importante grado de cobertura, superándose la meta propuesta. Por su parte, la vacunación con esquema completo (dosis 1 y 2) de inmunización ante virus SARS COV2 se encuentra en un 85.3% a nivel comunal, manteniendo esta campaña en desarrollo.

Cobertura general de vacunacion influenza  
periodo 2019 - septiembre 2021



Cobertura de vacunacion (esquema completo) COVID  
a septiembre 2021



### 3. RED DE SALUD COMUNAL

Pedro Aguirre Cerda se inserta en la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), siendo los principales centros de referencia:

- Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), hospital base pediátrico con Servicio de Urgencia Infantil,
- Complejo Asistencial Barros Luco (CABL), hospital base de la Red SSMS, con Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Servicio de Urgencia Adulto y Maternal.
- Hospital Dr. Lucio Córdova, establecimiento terciario centrado en el tratamiento de enfermedades infecciosas, al que se han realizado derivaciones en el contexto de la pandemia por COVID 19.
- Centro Metropolitano de Imagenología Mamaria (CMIM) Reinalda Pereira Plaza.

Para el año 2022 la comuna cuenta con una red de salud compuesta por cuatro centros de salud familiar. Dos de los centros de salud tienen dispositivos de atención de urgencia, y un tercero con un Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR). Además componen la red un centro comunitario de salud mental y un centro de especialidades médico-odontológicas.

1. Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Dr. Edgardo Enríquez Frödden”,
  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Dr. Edgardo Enríquez Frödden
2. Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Padre Pierre Dubois”,
  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Padre Pierre Dubois
3. Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Dr. Amador Neghme Rodríguez”
  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) Dr. Amador Neghme
4. Centro de Salud Familiar (CESFAM) “Lo Valledor Norte”
  - Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Dr. Miguel Enríquez.
5. Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas (CEMO) Villa Sur
  - Unidad de especialidades odontológicas
  - Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
  - Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR)
6. Centro de Salud Mental Comunitario (COSAM)

En esta red, se encuentra en proyección la instalación de una Unidad de Otorrinolaringología en APS (UAPORRINO) que viene a complementar la oferta de servicios ya instaurados a través de la UAPO, permitiendo resolver problemas de salud en estas especialidades, a través de atenciones en modalidad ambulatoria de baja complejidad.

## 4. AREAS PRIORITARIAS EN LA GESTION

### 4.1 Afrontamiento de la pandemia por COVID - 19

Desde el inicio de esta pandemia se han realizado importantes esfuerzos para enfrentar los desafíos sanitarios asociados a la transmisión del virus, tratamiento de la enfermedad, como a la continuidad de atención de la población: reorganización de la oferta de servicios, diferenciación de los flujos de atención, adecuación de los espacios para evitar conglomeración en los centros de salud, priorización de grupos de riesgo, agendamiento remoto de horas, resguardo de las medidas de bioseguridad, capacitación a los equipos de salud, educación a la comunidad, refuerzo de recursos humanos para la instalación de triage, hospitalización domiciliaria, refuerzo en la Atención Domiciliaria para la atención de personas con COVID y no COVID, entrega de medicamentos y programa alimentario en domicilio, atención y seguimiento remoto, apoyo a funcionarios y usuarios con efectos en salud mental producto de la pandemia, entre otras cosas, así como el aporte desde el conocimiento y despliegue territorial participando activamente en la estrategia de testeo, trazabilidad y aislamiento.

Se priorizó preservar la integridad de la red de atención primaria, con sus cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM), más la red de urgencia conformada por el SAR y tres SAPUS. Como parte del proceso de atención integrado al nivel secundario favoreciendo el funcionamiento de las prestaciones críticas, que permiten mantener la infraestructura del país; y prevenir mortalidad y morbilidad en subgrupos de la población, definidos por las condiciones biomédicas asociadas a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infección por coronavirus.

#### *Vacunación COVID*

En 2021 comienza la vacunación masiva contra SARS-COV-2, que se ordenó de acuerdo con la priorización de grupos de población de mayor riesgo de infección por SARS-COV-2. Paralelamente, se comenzó a inmunizar a domicilio tanto a personas dependientes severos bajo control de los CESFAM de la comuna, como a personas en ELEAM.

La meta definida para esta campaña, fue alcanzar cobertura de vacunación de  $\geq 80\%$  a nivel nacional y por grupo objetivo.

Cobertura de Vacunación por grupo Objetivo	Población entre 6 -11 años	Población entre 40-49 años	Personas mayores de 65 años	Subtotal población 18 años y más
País	10.4%	88.4%	90.9%	89.9%
R. Metropolitana	10.7%	84.1%	88.6%	84.8%
Pedro Aguirre Cerda	16.3%	86.2%	90.5%	86.7%

MINSAL, Departamento de Inmunizaciones , corte 28 de octubre 2021

#### *Búsqueda activa de casos COVID 19*

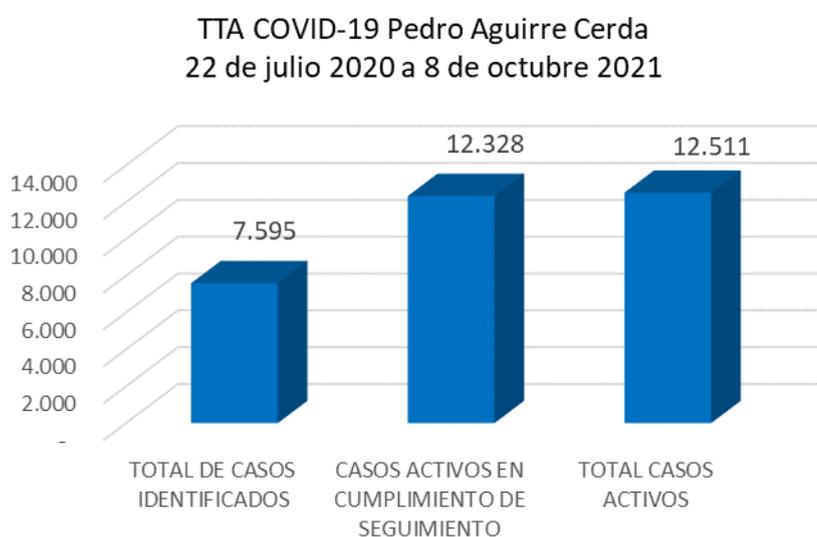
Al 30 de Septiembre 2021, en un total de 171 operativos, se han tomado 6.787 test PCR, arrojando el siguiente resultado: 528 casos positivos, 6.193 casos negativos, con una tasa de positividad de 7.78 %.

### *Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento Covid -19 (TTA)*

Al inicio de la pandemia la información sobre los casos de COVID 19, el seguimiento de los mismos, la trazabilidad de los contactos y el cumplimiento de los aislamientos, fue llevada por el MINSAL a través de las Seremías de Salud.

La realidad y el volumen de los casos obligó a cambiar la estrategia y reconocer la importancia y el rol de la atención primaria dentro de la red asistencial. Es así como desde el día 22 de julio de 2020 se comienza a llevar los indicadores, realizar los registros, notificaciones y seguimientos en forma oficial desde los centros de salud comunales.

Lo anterior hasta que el Servicio de Salud informa mediante Ord. 3857 del 30 de septiembre de 2021 que los indicadores los continuará construyendo el SEREMI Metropolitano, obedeciendo a una instrucción nacional.



### *Despacho de medicamentos a domicilio*

Prestación que se generó en 2020, a fin de resguardar a la población en las cuarentenas, específicamente a los adultos mayores y que se ha mantenido durante este año.

Recetas despachadas a domicilio PEDRO AGUIRRE CERDA 2020 - 2021				
Centro de Salud	2020	2021 (hasta sept)	2021(proy dic)	mensual
CESFAM A. Neghme	9.118	7.729	10.305	859
CESFAM P. Dubois	6.824	3.257	4.343	362
CESFAM E. Enríquez	5.979	4.788	6.384	532
CESFAM Lo Valledor Norte	2.740	2.852	3.803	317
Total comuna	24661	18626	24.835	2.070

Elaboración propia en base a registros locales

### *Unidad de observación prolongada (UOP)*

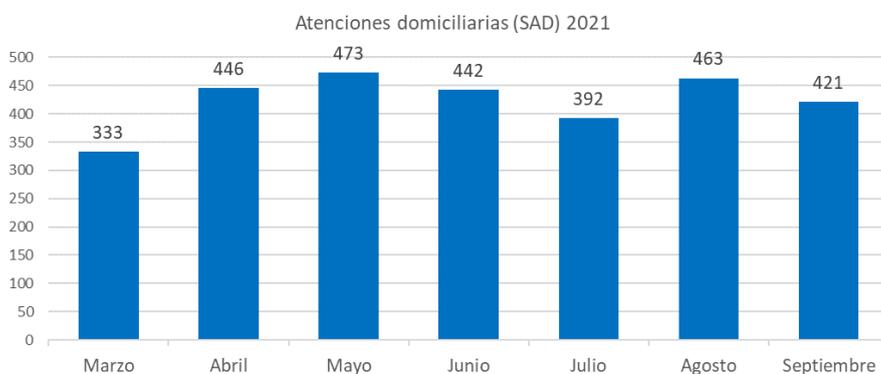
Estrategia que se implementó desde el 20 abril 2021 en el SAR Amador Neghme, y que a la fecha ha atendido a 261 personas, de los cuales 89 han sido estabilizados en la unidad de observación prolongada y 172 derivados.

### *Sistema de Atención Domiciliaria Comunal (SAD)*

En 2021 - a fin de acercar la atención a las personas y dar respuesta a las demandas por consultas médicas en domicilio para atención de morbilidad, debido a las restricciones impuestas por la autoridad para movilidad de personas mediante cuarentenas o decretos especiales para mayores de 65 años – se implementa un programa de atención domiciliaria financiado con fondos municipales que ha generado 2970 atenciones hasta septiembre de este año.

Dirigido a pacientes dependientes moderados y severos, personas mayores 75 años, personas con discapacidad, y pacientes COVID 19 en aislamiento que requieran atención médica, vale decir personas con dificultades para asistir a los centros de salud y que requieren atención médica no constituyendo una emergencia de salud.

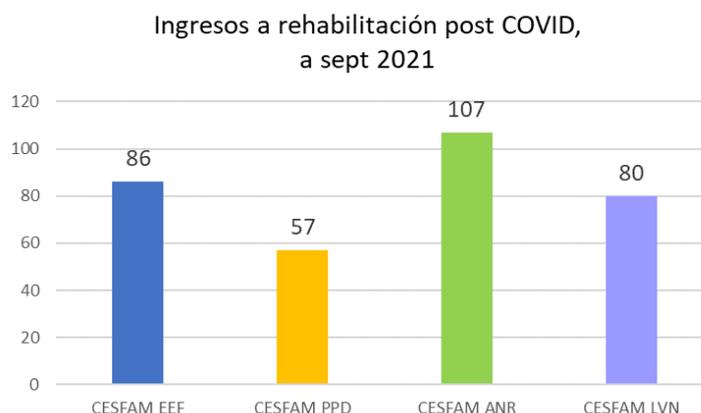
Se accede vía telefónica, a través de la plataforma en uso para agendamiento de citas, pudiendo acceder a: consulta telefónica por médico o enfermera, atención domiciliaria (consulta y procedimientos), y posterior coordinación con el equipo de cabecera del territorio al que pertenece el solicitante.



### *Rehabilitación post COVID 19*

Desde octubre del año pasado se empezó a atender a los usuarios con alguna secuela asociada a COVID, en una estrategia que coordina las salas RBC, salas ERA, Salud Mental y todas las áreas de cada CESFAM con el fin de lograr una rehabilitación integral.

Desde su inicio hasta septiembre de 2021, han ingresado un total de 330 personas a tratamientos con secuelas como : ACV, disfonías, disfagias, anormalidades de la marcha, miopatías, trastornos de salud mental secundarios a su condición de salud, entre otros.



## 4.2 Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El modelo de atención integral de salud es el marco de gestión para la acción sanitaria en los territorios y poblaciones, orientando las líneas estratégicas al cumplimiento de los objetivos nacionales y locales (comunitarios) en salud, actuando frente a las condiciones sociales que afectan la salud, la atención y los cuidados, mediante intervenciones eficientes, efectivas y eficaces en un contexto de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades.

En este marco y con un fuerte énfasis en los principios irrenunciables del modelo, como son el enfoque centrado en las personas, la integralidad de la atención y continuidad del cuidado, es que se espera que durante el año 2022 en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, se profundice en una estrategia que permita desplegar la atenciones de salud desde el territorio.

La pandemia COVID-19 trajo el desafío sanitario de sostener atenciones y controles de salud, pese a tener que compartir recursos con el enfrentamiento y control de la pandemia. Esto se ha visto limitado tanto por el personal sanitario, como por el espacio físico disponible, considerando que se debe cumplir con los aforos establecidos por la autoridad sanitaria.

Esta condición nos permitió buscar nuevas formas de atención, utilizando prestaciones por telemedicina y en domicilio, despliegue que esperamos poder ampliar para el año entrante.

Durante 2022, se aspira a dar un nuevo paso identificando en el territorio a la población a cargo por grupos específicos y junto con los activos disponibles, poder generar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que sean atingentes a las personas que se atienden en nuestros centros.

Con base a ello, trabajaremos en este desafío a través de 3 objetivos estratégicos, con sus objetivos operativos y metas, según se señalan en la siguiente tabla

Objetivo estratégico	Objetivo operativo	Meta
Mantener los centros de atención primaria certificados en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria	Generar planes de mejora que permitan disminuir las brechas establecidas según la pauta de evaluación MAIS	Aprobar la certificación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los centros evaluados durante 2022
Posicionar a los establecimientos de salud de la red municipal como referentes en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.	Avanzar en el desarrollo de competencias en el recurso humano para el fortalecimiento del Modelo de atención integral de salud.	Capacitar a los equipos que se encuentran desarrollando la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas
		Establecer procesos de inducción y reinducción que orienten a los profesionales a entregar prestaciones centradas en la persona
Incorporar el enfoque de la atención primaria orientada a la comunidad en la planificación de las atenciones de salud	Establecer una red de gestión comunitaria basada en activos que apoyen la recuperación y cuidados en el territorio como estrategia de gestión local en los distintos niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud)	Georreferenciar en el territorio a la población que es parte de la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas
		Identificar, mapear y potenciar los activos comunitarios en salud en el territorio como generadores de acciones salutogénicas para las personas.
		Generar acciones territoriales en salud que promuevan salud y cuidados comunitarios
	Utilizar la georreferenciación como herramienta de gestión local en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud	Gestionar con equipos y comunidad la prescripción social como parte de las acciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas

Para el cumplimiento de estas metas, se identificaron las siguientes actividades e indicadores:

Objetivo operativo	Actividad	Indicador	Umbral o meta
Generar planes de mejora que permitan disminuir las brechas establecidas según la pauta de evaluación MAIS	Crear plan de mejora anual que incorpore las brechas establecidas en la última evaluación o autoevaluación de pauta MAIS del centro de salud	N° de planes de cierre de brechas realizados por centro de salud	1 plan de cierre de brechas por centro de salud, incluyendo CECOSF
	Realizar evaluación de centro de salud familiar según sea indicado por el SSMS	N° de centros de salud familiar certificados a través del instrumento de evaluación MAIS	100% de los centros de salud familiar certificados en el modelo de atención integral de salud
Avanzar en el desarrollo de competencias en el recurso humano para el fortalecimiento del Modelo de atención integral de salud.	Generar un ciclo de capacitación continua para los equipos que se encuentran desarrollando la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas	N° de sesiones de capacitación realizadas a equipo de la estrategia de cuidados integrales centrados en las personas	Al menos 6 sesiones de capacitación en el modelo de atención centrado en la persona
	Establecer un proceso de inducción para los nuevos funcionarios	Generar documento que establezca orientaciones sobre el modelo de atención	1 documento de inducción comunal

	que ingresan en los centros de salud	Complementar la inducción de funcionarios nuevos con actividades de modelaje con un funcionario que esté sensibilizado con el modelo de atención integral de salud	3 actividades de modelaje realizadas a un nuevo funcionario
Establecer una red de gestión comunitaria basada en activos que apoyen la recuperación y cuidados en el territorio como estrategia de gestión local en los distintos niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud)	Georreferenciar a los usuarios que se encuentran bajo la estrategia de cuidados integrales centrados en la persona	Mapas del territorios con nueva capa de usuarios que se encuentran en la estrategia de cuidado integral centrado en las personas	1 mapa del territorio por centro de salud que incluya usuarios con multimorbilidad
Utilizar la georreferenciación como herramienta de gestión local en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud	Difundir a través de material didáctico los activos del territorio de los distintos centros de salud	Generar trípticos con información sobre los distintos dispositivos del territorio	1 tríptico por centro sobre activos del territorio
	Generar acciones en el territorio que promuevan la salud y los cuidados comunitarios.	N° de actividades realizadas en el territorio que respondan a actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.	Al menos 3 actividades por centro de salud

	Capacitar a los equipos en la prescripción social	Generar sesión educativa orientada a los equipos de salud para entregar herramientas sobre la prescripción social	1 sesión educativa por centro de salud
--	---	---	--

### 4.3 Diagnósticos Participativos

Constituyen la herramienta por excelencia para el desarrollo de la participación social en salud, permitiendo integrar la visión de la comunidad como de los colectivos sociales en la toma de decisiones para la planificación local en salud.

A partir del año 2016, la comuna de Pedro Aguirre Cerda, ha ido consolidando transformaciones significativas a partir del diseño y realización de los diagnósticos participativos en salud en los cuatro territorios atribuidos a cada Centro de Salud Familiar y Comunitario CESFAM, los cuales se fundamentaron en un análisis desde de la complejidad en el marco de la determinación social de la salud, lo anterior, viabiliza una planificación acorde a las realidades locales, priorizando acciones e intervenciones, integradas, integrales, centradas en la personas y familias, que actúen en los modos de vida de las personas, promoviendo un estar- bien colectivo, con mayor justicia social, como lo establece el Modelo de Atención Integral en Salud, orientando una práctica de la salud con equidad y calidad.

Durante el 2020 - 2021 comunalmente se realizan modificaciones a la metodología de los diagnósticos participativos de los CESFAM Amador Neghme, Edgardo Enríquez Fröedden y Lo Valledor Norte a fin de ajustarse a las contingencias de la situación sanitaria (restricciones en la participación presencial) y a su vez logre dar cuenta de las realidades sociales vividas por sus habitantes.

Los resultados de los diagnósticos han permitido establecer una línea base de trabajo en salud por territorio, pero a su vez comunal. Comprendiendo que la salud no es un estado univoco sino complejo, visto como un proceso de salud – enfermedad - atención y cuidados en el que se develan las condiciones, modos de vida y estilos de vida, los cuales se deben impactar en un trabajo horizontal, articulado, intersectorial y comunitario, respondiendo a las necesidades de las personas y que dé cuenta de los nudos críticos y consecuencias derivadas de las crisis vividas, abordando la deuda sanitaria a partir de desafíos en el ordenamiento y capacitación de los equipos de salud, el trabajo con el intersector y el involucramiento con comunidad para hacer frente a los mismos.

**CONSOLIDADO COMUNAL DE RESULTADOS**  
(participación de 600 personas de la comunal)

SATISFACCIÓN USUARIA	PROBLEMAS DE SALUD	Barreras participación
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mejorar la entrega de horas</li> <li>2) Brindar información de la oferta de prestaciones del CESFAM,</li> <li>3) Poca claridad en la información</li> <li>4) Inadecuado manejo de SOME trato y entrega horas</li> <li>5) Bajo conocimiento de las acciones pormocionales y preventivas</li> <li>6) Trato inadecuado con adolescentes</li> <li>7) Falta de actitudes de buen trato y empatía, actitud y vocación al servicio con personas</li> <li>8) Altos tiempos de espera en derivaciones a especialidad</li> <li>9) Maltrato por parte de los funcionarios</li> <li>10) Mejorar la dación de horas para los controles</li> <li>11) Falta de horas para la atención</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deserción escolar por problemas de salud mental</li> <li>2) Problemas de salud mental depresión</li> <li>3) Problemas de salud mental en cuidadores de personas con enfermedades crónicas o dependientes</li> <li>4) Problemas de salud mental (drogas, alcohol, violencia, trastornos mentales, demencias)</li> <li>5) Cambio valores en la familia, necesidad de abordaje familiar</li> <li>5) Enfermedades crónicas y problemas respiratorios</li> <li>6) Diferencias culturales con población migrante</li> <li>7) Abandono del adulto mayor</li> <li>8) Limitada alfabetización digital</li> <li>9) Malos hábitos de alimentación ,actividad física, sedentarismo y salud bucal</li> <li>10) Falta de hábitos y consciencia frente a la prevención del COVID 19</li> <li>10) Mujeres: necesidad de atención más eficiente en atención de matronas y médicos.</li> <li>12) Problemas en la atención de las personas en situación de dependencia severa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Más espacios de participación y recreación para el adulto mayor</li> <li>2) Mejorar la comunicación-articulación con las organizaciones del territorio</li> <li>3) Desarticulación entre instituciones, comunidad y equipo de salud para afrontar los problemas</li> <li>4) Pocos espacios para la participación de juventudes</li> <li>5) Bajo reconocimiento de líderes naturales para el trabajo de salud</li> <li>6) Pocas opciones de participación en tiempos de pandemia</li> <li>7) Falta de difusión de las acciones de salud y comunitarias en los territorios</li> </ol>

**Resultados diagnóstico población migrante**

<b>Población migrante internacional</b>	200 personas migrante haitiano, venezolano, colombiano y peruano. 6%
<b>Caracterización:</b>	Salud y sus condicionantes
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020
<b>Resultados y desafíos:</b>	
<p>Acceso a salud de la población. Un número significativo de personas tienen problemas en la tramitación de su situación legal, (ya sea por carencia de información, por el retraso de tramitaciones, etc.), Carencia en la información respecto del acceso a salud por parte de los equipos del CESFAM, no se brinda respuesta frente a necesidades y derechos de acceso a la salud de las personas migrantes indocumentadas.</p> <p>La regularización del estatus migratorio es un tema crítico en la comuna que afecta al acceso a la atención en salud</p> <p>Abordar territorialmente los casos de migrantes irregulares que están ingresando por pasos fronterizos inhabilitados es prioridad.</p>	

<p>Problemas territoriales que abordar intersectorialmente: abusos por parte de arrendatarios en cuanto a condiciones de habitabilidad inhumanas e información sobre empleo digno y contratos. Intervenir respecto de brechas idiomáticas, racismo, segregación, maltrato y discriminación en la atención de salud, malestar mental por crisis de adaptación cultural, estrés y soledad.</p> <p>Respecto a tratamiento y prevención de enfermedades refieren las más prevalentes diabetes e hipertensión, por lo que son temas por gestionar</p> <p>Pobres redes de apoyo o soporte social</p> <p>Requieren información respecto de beneficios sociales</p> <p>Gestionar el tema de trato no discriminatorio</p> <p>Información sobre cartera de prestaciones</p>
---

### Resultados levantamiento línea base promoción de la salud

<b>Población toda la comuna</b>	Muestra de 282 personas. Distribución por género 69% mujeres y los hombres al 27
<b>Caracterización:</b>	Ámbitos de promoción de la salud, hábitos y conductas y activos en salud
<b>Fecha:</b>	Diciembre 2020
<b>Resultados y desafíos:</b>	
<p><b>Problemas por enfrentar con estrategias de promoción y prevención antes que aparezca la enfermedad:</b> obesidad, hipertensión y diabetes. Acciones con énfasis en la infancia y adolescencia. Problemas de salud mental - promoción de la salud mental</p>	
<p><b>Hábitos para intervenir:</b></p> <p>Problemas con el ciclo de sueño y descanso, vinculado al estrés y ansiedad.</p> <p>Hábito tabáquico</p> <p>Sedentarismo</p> <p>Ingesta de “comida chatarra o frituras”</p> <p>Consumo de bebidas azucaradas</p> <p>Hábitos de consumo de alcohol, drogas o bebidas estimulantes.</p>	
<p><b>Entornos que limitan tener salud.</b></p> <p>Botillerías. favorece el consumo</p> <p>Veredas en mal estado facilita accidentes y caídas</p> <p>Luminarias en mal estado y microbasurales</p> <p>Redes de tráfico en el territorio, se vinculan con delincuencia, el consumo y los problemas de violencia, salud mental y convivencia.</p> <p>Intervenir acciones de convivencia y resolución de conflictos</p> <p>Pocos proyectos y actividades sociales, culturales, ambientales, deporte y actividad física</p>	
<p><b>Salud.</b> Ampliar la oferta de acciones promocionales preventivas, no solo con los exámenes médicos preventivos. Mejorar la difusión de la oferta.</p> <p><b>Activos comunitarios en salud.</b> Plazas, parques, canchas deportivas, máquinas de hacer ejercicios, programas de deporte y actividad física, clubes deportivos, juntas de vecinos, organizaciones folclore, iglesias, centros de madres, clubes de adulto mayor</p>	

Complementa el trabajo de participación social en salud las mesas territoriales como mecanismo participativo y que ayuda a gestionar problemáticas de salud en el territorio en conversación con el equipo de los CESFAM, a la fecha territorialmente se han realizado 26 mesas territoriales en los cuatro establecimientos.

En conclusión, las líneas de trabajo que se desprenden de los diagnósticos deben estar insertas en los ciclos programáticos, en los planes de promoción y participación tanto en los CESFAM como en la estrategia comunal, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria

## LÍNEAS DE TRABAJO Y ÉNFASIS 2022

### Satisfacción usuaria

El desafío preponderante para la red local de atención en salud es comprender la relevancia del ámbito de la satisfacción usuaria, la valoración percibida por los usuarios respecto de las atenciones de salud otorgadas en términos de calidad, oportunidad, acceso, integralidad y dignidad.

Es necesario profundizar en el estado de situación actual de la satisfacción usuaria a partir de los resultados de los diagnósticos participativos, con el propósito de definir líneas de acciones articuladas, sistemáticas y cogestionadas, proponiendo mejoras en la atención efectivas que consideren las necesidades de la población, con el objetivo de dar soluciones tanto a las expectativas como necesidades reales de los usuarios.

## Mejora de la satisfacción usuaria en la red de APS Pedro Aguirre Cerda



### Problemas de salud

**Salud mental y violencias.** Tema horizontal y necesario para trabajar en los diversos problemas propuestos con la comunidad y en de forma territorializada, es trascendental hacer énfasis en las acciones comunitarias en salud mental que puedan cogestionarse entre el equipo de salud, comunidad e intersector. La salud mental, no solo se debe abordar desde un enfoque asistencial o clínico ni solo desde la reparación del daño, implica acciones con énfasis en lo promocional - preventivo que puedan aportan la manejo o disminución del sufrimiento o malestar psíquico. Acciones como la escucha activa, la psicoeducación, el acogimiento, cuidados comunitarios mediante redes de apoyo y la potenciación los activos comunitarios para la implementación de la prescripción social son líneas por trabajar. Por

otro lado, reforzar las acciones de trabajo con un enfoque más desde la familia es requerido como los colectivos más vulnerables como cuidadores, personas con alta fragilidad personas mayores, migrantes y jóvenes.

**Inadecuados hábitos en alimentación saludable, actividad física, salud bucal.** El ámbito promocional – preventivo con enfoque comunitario, resulta más necesario trabajar sobre acciones que propendan por el fomento de hábitos y conductas saludables, pero desde una perspectiva del aprendizaje experiencial, que permita una resignificación del sentido del cambio a partir de compartir saberes y nuevas formas de ver la vida. Las acciones propuestas deben tener presencia en el territorio, co - construidas y corresponsables con los agentes de este, gestionando una estrategia articulada que no dependa únicamente de los equipos. Rescatar las experiencias de las buenas prácticas para su desarrollo territorial como el de Ruta Saludable

Finalmente, se plantea un trabajo sistemático, articulador y armónico con enfoque desde el modelo de activos en salud y salud comunitaria basada en activos, bajo el paraguas del Modelo de Atención Integral en Salud, es una orientación importante que impacta a toda la población.



### *Barreras para la participación*

#### **Desarticulación de los sectores y mejores instancias para la participación social en salud.**

Es evidente la fragmentación entre intersector, la comunidad y salud, instancias involucradas en la gestión de una mejor calidad de vida y salud en la comuna. Al no existir espacios para conversación, consensos y gestión sistemática y articulada, se evidencia desgaste y dispersión del trabajo. No logrando potenciar líneas de trabajo que impacten de forma eficiente la gestión de salud en todas las políticas.

Por otra parte, es necesaria la vinculación y participación activa de los diversos colectivos sociales, comunidades, personas, familias, activos en salud, en nuevas formas de afrontar los problemas que emergen desde la vida cotidiana de las personas. Es imperante la oportunidad de crear instancias de conversación a fin de pactar tareas en conjunto, ordenando la gestión integrada. Resulta conveniente revisar las condiciones para ir conformando una gestión conducente a postular como municipio saludable en el marco

del plan trienal de promoción de la salud, generando mesas de trabajo que permita la construcción de una sólida política pública.

Un desafío ineludible es mejorar las capacidades de gestión en salud de los ciudadanos y gestar proyectos locales aprovechando, se plantea una serie de instancias de trabajo participativo para la construcción de acciones comunales más potentes.

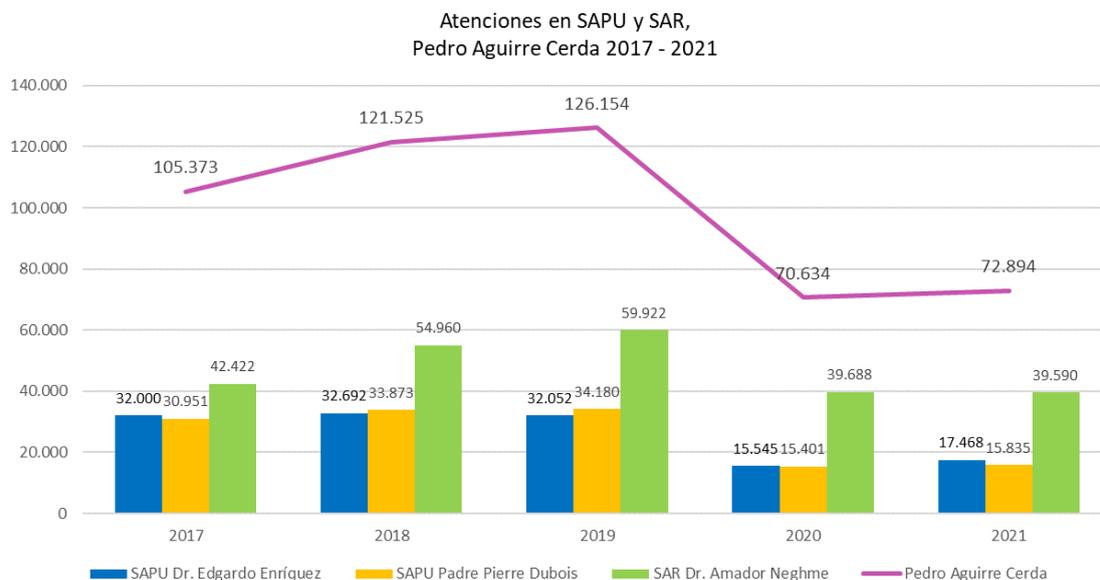
Respecto al tema migrantes es un desafío mejorar la inscripción per cápita y el acceso a la atención en salud de las personas migrantes internacionales en situación irregular, mediante los mecanismos dispuesto por ley.

## Línea de trabajo Participación Social en salud



### 4.4 GESTIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION SAPU - SAR

Hasta el año 2019 se observa una tendencia al aumento de las consultas de urgencias, que se rompe con la pandemia de COVID 19 en 2020 y que se proyecta a diciembre 2021 mostrará una leve alza en las atenciones en SAR y SAPU de la comuna.



Elaboración propia en base a información MINSAL, DEIS.

Tasa de consulta urgencia	2017	2018	2019	2020	2021
Pedro Aguirre Cerda	1,06	1,20	1,23	0,64	0,66

Elaboración propia en base a información MINSAL, DEIS.

#### 4.5 CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO.

El trabajo en Calidad no ha estado exento de los cambios en las prioridades que la pandemia causó al país, siendo necesario reenfocar los esfuerzos en áreas específicas del Plan de Calidad y postergar otros; los procesos de acreditación se han retomado parcialmente y la modalidad “híbrida” de acreditación ha sido compleja de implementar, por lo cual se mantiene en espera la orientación del Ministerio de Salud, para retomar este proceso, sin embargo los centros de salud dentro de sus ejes de acción siguen en la preparación de dicho proceso de acreditación suspendiendo sólo las evaluaciones de indicadores que espera se reinicien a contar del mes de diciembre.

##### *Principales logros 2021*

##### a) Ámbito Seguridad Asistencial y pandemia

Se mantiene trabajo en el área de prevención infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) desarrollando:

- Actualización de protocolos de Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)
- Actualización de Protocolos de aseo y desinfección.
- Actualización de atención odontológica en pandemia COVID.
- Actualización de Protocolos de uso correcto de Elementos de Protección Personal (EPP).
- Análisis de eventos adversos en cada centro de salud con planes de mejora elaborados.

##### b) Ámbito Autorizaciones Sanitarias

Se logra la autorización sanitaria de la sala de Toma de muestras de COSAM y la autorización sanitaria del Botiquín Edgardo Enríquez Fröedden.

Se inscriben 10 funcionarios para rendir examen de competencia de operador de autoclave en la SEREMI de Salud, obteniendo aprobación 5 de ellos.

##### c) Ámbito mejoramiento de infraestructura

Se licita proyecto de mejoramiento de la unidad de esterilización del CESFAM Edgardo Enríquez la que se encuentra en ejecución a fecha.

##### d) Acreditación de prestadores

Desarrollo permanente de documentos requeridos por pauta de Cotejo de atención abierta en los ámbitos de gestión clínica, farmacia, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, laboratorio clínico.

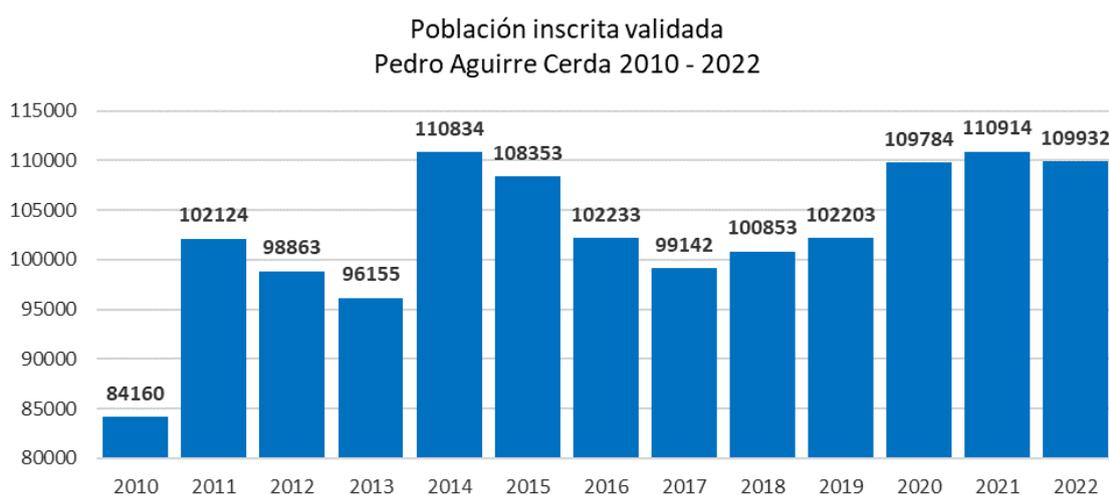
Los centros de salud de la comuna cuentan con un profesional encargado de calidad, con nombramiento formal, horas y funcione asignadas.

#### **LÍNEAS ESTRATEGICAS DE DESARROLLO 2022**

- Actualización y regularización permanente de Autorización Sanitaria (AS), en este ámbito lo relevante a trabajar durante este año es lograr las AS en botiquín, box gineco-obstétrico, salas de procedimiento, bodegas y Reas, en aquellos centros que lo tengan pendiente y la Certificación de competencias para operadores de autoclave, calderas y rayos x en los centros que aún sigue sin este personal certificado por la Seremi.
- Programa de Calidad debe incluir los aspectos centrales para el desarrollo de los siguientes ejes temáticos: Autorización Sanitaria; Seguridad del paciente; Acreditación de prestadores; Farmacovigilancia y Tecnovigilancia; Satisfacción usuaria; Capacitación continua tanto a los líderes del proceso como al personal de salud en general y la Difusión permanente del programa.
- Autoevaluaciones semestrales que permitan ir retroalimentando a los equipos y advertir nudos críticos. Esto a través del sistema SIS Q que considere proyección de fecha de posible presentación a la Acreditación.
- Articulación y coordinación permanente con el encargado(a) del área de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), así como con la red de prestadores como Laboratorio Clínico, Imagenología y Anatomía patológica, necesaria para cumplir con los estándares técnicos y clínicos que se requiere en un programa de Calidad.

#### 4.6 Población inscrita validada.

En el corte de septiembre de 2021 FONASA validó 892 personas menos que en 2020, lo que obligó a la apelación de la comuna por los inscritos no validados, proceso que a la fecha de elaboración de este documento aún no se resuelve, por lo que la información para el 2022 es aún provisoria.

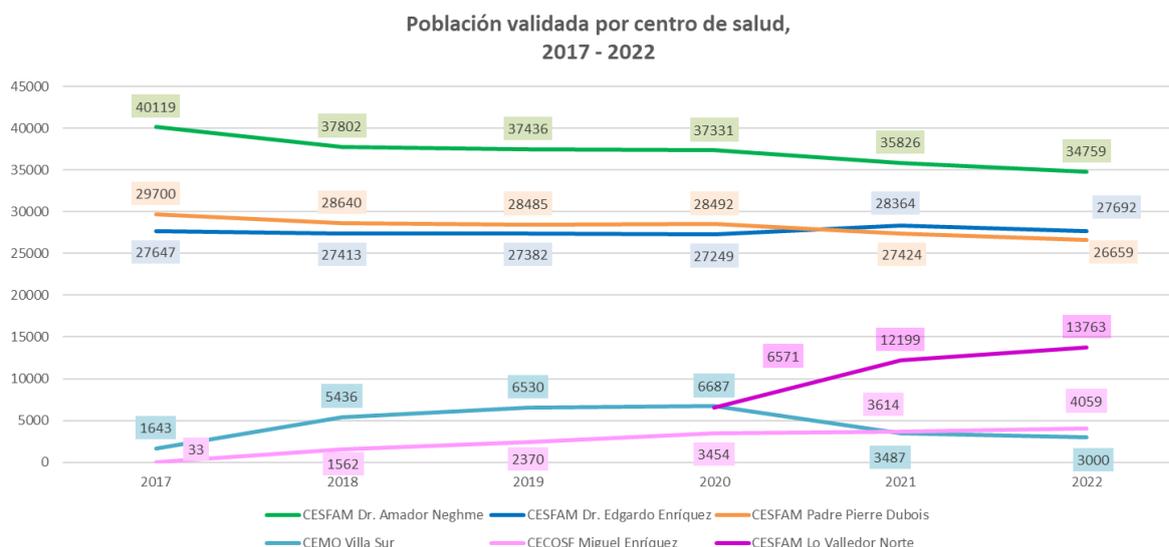


Elaboración propia con datos FONASA.

La distribución por centros de salud mantiene las tendencias observadas en años anteriores:

- CESFAM Dr. Amador Neghme continúa siendo el más grande en población, pero con una tendencia a la baja en los últimos

- CESFAM Edgardo Enríquez y CESFAM Padre Pierre Dubois, se alternan en el segundo y tercer lugar
- CESFAM Lo Valledor Norte, ocupa el último lugar en población, pero es el que más ha crecido en los últimos años. Al considerar la población del CECOSF Miguel Enríquez y Villa Sur se obtiene que en total atiende a 20.822 personas.



Elaboración propia con datos FONASA.

## 5. EVALUACIÓN PLAN DE SALUD A SEPTIEMBRE DE 2021

Para visualizar las áreas críticas y poder priorizar los puntos a trabajar el 2022 se optó por la técnica de identificar rangos de cumplimiento de las metas programadas de acuerdo a la siguiente escala de colores:

	0 a 50% de cumplimiento
	50% a 75% de cumplimiento
	75% a 100% de cumplimiento

### 5.1 INDICADORES DEL CICLO VITAL INFANTIL

<b>Metas Promoción</b>	EEF	ANR	PPD	LVN
60% de niños con LME controlados al 6º mes de vida	60,40%	21,24%	73,70%	53,90%
80% de control 5º mes	46,70%	38,40%	39,20%	57,60%
50% de control 2 años 6 meses	31,90%	24,32%	13,20%	2,40%
50% de control 3 años 6 meses	37,90%	61,43%	10,10%	27,60%
10% de consejerías en actividad física	61,40%	71,33%	79,20%	19,70%
60% de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	19,70%	54,09%	53,50%	41,90%

### Metas Prevención

60% de niños/ as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente según norma	54,70%	18,69%	74,90%	100%
4 talleres por facilitador NesP	50,00%	66,67	50,00%	50%
90% de aplicaciones de Pauta Breve realizadas al grupo de niños/as en el control de salud de los 4 meses	62,00%	143%	92,40%	88%
90% 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)	81,20%	43,40%	79,40%	91,80%
90% 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	68,40%	47,37%	82,20%	87,30%
90% 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	75,10%	61,07%	69,30%	83,30%
90% de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	59,70%	25,41%	46,90%	51,30%
70% de aplicaciones de TEPSI a los 36 meses	100%	37,80%	28,1	100%
100 % de los niños y niñas de 3 meses con radiografía de pelvis realizada dentro de los plazos garantizados por GES	77,40%	342,42%	114,20%	100%
90% de niños/as que se le administró vacuna Hepatitis a los 18 meses de edad	120,00%	71,43%	23,90%	100%
95% de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada administrada	133,00%	70,70%	13,90%	100%
90% de niños/ as de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada	78,60%	43,72%	23,80%	100%
90% de niños y niñas desde 1 básico hasta cursando 5°basico con vacuna antiinfluenza administrada	65,40%	39,83%	57,80%	100%
95% de niños/ as menores de 1 año con esquema Primario completo de vacuna Hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomeilitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib)	92,70%	57,87%	77,40%	100%
90% de niñas/os que cursan 5° año básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada		6,25%	3,70%	11,80%
90%de niñas/os que cursan primer año básico vacuna dTpa administrada		11,3%3	4,60%	24,9%
100% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral que viven en la comuna	Sin casos	100,00%	66,70%	100%
Visita domiciliaria al 100% de los niños hospitalizados por BRNM que viven en la comuna.	Sin casos	100,00%	100%	Sin casos
60% de niñas/os de 6 meses ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	7,80%	295,83%	0,40%	30,00%

### Metas Tratamiento

100% de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 5 años con déficit de DSM que vivan en la comuna.	39,3	85,71%	11,10%	97,50%
90% de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8 meses recuperadas(os) en la reevaluación.	Sin casos	0%	100%	18,00%

90% de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 18 meses recuperadas(os) en la reevaluación.	40,00%	0%	80,00%	42,00%
90% de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 36 meses recuperadas(os) en la reevaluación.	27,70%	66,67%	0%	40,00%

### **Metas Rehabilitación**

80%. Participación de dupla RBC en reunión con equipo de cada CESFAM (presenciales o virtuales) para la creación de protocolo de trabajo y derivaciones médicas	100%	0%	100%	100%
Lograr que un 80% de los usuarios derivados con IC médica por patologías o trastornos neurológicos desde CESFAM sean ingresados oportunamente al RBC.	83,30%	79.10%	86.5%	87.5%
100%. Lograr que la dupla RBC infantojuvenil participe al menos en 2 talleres semestrales, con agrupaciones de NNA discapacidad, o trastornos neurológicos y/o juntas vecinales, de manera presencial o vía remota.	125%	125%	125%	125%
Realizar un 80% de las actividades programadas para NNA y sus familias orientadas a la recreación, cultura, educación, y deporte, ya sea de forma presencial o virtual	125%	125%	125%	125%

## **5.2 INDICADORES CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE**

<b>Metas Promoción</b>	
Realizar 2 talleres (presenciales y/o remotos) cada Centro de Salud en conjunto con colegios de 4 territorios de la comuna	82%
Jornada territorial anual (ENERO 2021)	
100% de ingresos respiratorios de 10 a 19 años con consejería breve antitabaco en sala IRA y ERA por kinesiología	
70% de adolescentes de 12 años y 80% de adolescentes de 3° y 4° medio, con Alta integral con consejería breve antitabaco en unidad odontológica.	
100% de jóvenes ingresados programa crónicos enfermedades no transmisibles -PSCV- con consejería antitabaco aplicada	
Nº talleres (presenciales y/o remotos) en cada Centro de Salud realizados: 2 cada CESFAM	
4 consejos operando uno por cada Centro de Salud (modalidad presencial, semipresencial o remota)	
<b>Metas Prevención</b>	
Meta establecida IAAPS (mantener 20,25% año 2019) =1249 adolescentes año 2020	
Meta establecida para Espacios Amigables (mantener meta PRAPS 2019 19,5%: 1247) = 1316 adolescente año 2020	
3 espacios amigables habilitados escuelas de la comuna	
Aumentar a un 70% los adolescentes de 10 a 14 años, que acceden a consejería en Salud Sexual y Reproductiva	

Aumentar a un 100% los adolescentes de 15 a 19 años, que acceden a consejería en Salud Sexual y Reproductiva	
Aumentar a un 70% las consejerías en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años	
Aumentar a un 50% las consejerías en adolescentes de 10 a 19 años en prevención de VIH/SIDA e ITS con entrega de condones	
N° de adolescentes de 10 a 19 años que reciben preservativos con educación por equipo de salud	
3 escuelas con dispensador de condones habilitados para adolescentes de 10 a 19 años	
Aumentar el ingreso de adolescentes menor o igual a 14 años, hombres y mujeres con actividad sexual, a control de regulación de la fertilidad	
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes de 15 a 19 años, con actividad sexual. Meta IAAPS	
Aumentar a un 90% el ingreso temprano a regulación de la fertilidad para prevenir segundo embarazo, de adolescentes de 10 a 19 años con hijo.	
Aumentar el N° de talleres por cada Centro de Salud con integración del COSAM, para la prevención de los problemas de salud mental en población adolescente de 10 a 19 años	
Aumentar el N° de adolescentes de 10 a 19 años con aplicación de CRAFFT en el Control de Salud Integral (50%)	
<b>Metas Tratamiento</b>	
Asegurar el tratamiento de adolescentes de 10 a 19 años asmáticos de 10 a 19 años, para disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica. (50%)	
50% cobertura en base a prevalencia (15,7%), asegurando el tratamiento de hipertensión en personas de 15 a 19 años	
Aumentar la cobertura y asegurar el tratamiento en personas hipertensas bajo control con (PA <140/90) en personas de 15 a 19 años, (50%)	
29% cobertura sobre base prevalencia (10%). Aumentar la cobertura y optimizar el tratamiento de Diabetes Mellitus en jóvenes de 10 a 19 años.	
Aumentar la cobertura de tratamiento de Diabetes Mellitus en jóvenes de 10 a 19 años, bajo control con (HbA1c<7%). (50%)	
≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes	
Mantener la salud bucal de los adolescentes menores de 20 años de 3° y 4° medio, con una atención odontológica integral. (100%)	
Mejorar la atención odontológica con alta odontológica integral en población adolescente. (24%)	
Garantizar la atención odontológica de urgencia en menores de 20 años (100%) y realizar pesquisa de violencia.	
Cobertura al 17% de la población potencial con trastornos mentales mayores	
Mantener la cobertura de casos de adolescentes presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	
Garantizar la atención integral y oportuna a la población menor de 20 años con consumo de alcohol y drogas. (100%)	
Realizar evaluación integral a adolescentes con trastornos mentales de 10 a 19 años que pertenecen a programas residenciales de SENAME (20%)	
Tasa 0,5/ 10.000 Brindar atención integral de trastornos mentales en población de 10 a 19 años de residencias de SENAME	
Levantar línea base. Promover acceso garantizado al 100% de casos pesquisados.	

<b>Metas Rehabilitación</b>	
Identificar población de 10-19 años bajo control en situación de discapacidad que disponen plan de intervención en programas de rehabilitación- Mantener la población identificada año 2020	
<b>Atención Integral</b>	
Establecer Línea Base para identificar familias con jóvenes 10 a 19 años. Implementar la estrategia de evaluación familiar en familias con jóvenes en riesgo	
Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo con plan de intervención nivel 2,3 y 4	

### 5.3 INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO

<b>Metas Promoción</b>	Resultado
90% de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve, antitabaco	No registrado
1% de personas de 25 a 64 años participan en Taller de promoción de la salud mental	No registrado
90% de controles PCV con consejerías en alimentación saludable y ejercicio físico	100%

<b>Metas Prevención</b>	
60% atención efectiva de los EMP alterados en personas de 20 a 64	No registrado
90% de adultos de 20 a 64 años dados de alta del HBL con el diagnóstico de IAM o ACV con plan de intervención dentro de los 15 días hábiles de informada el alta.	98%
60% de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo	16,8%
90 % de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación de pie diabético.	73,7%
90% de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti influenza	87,5%
60/1000 consultas de morbilidad con baciloscopia.	6/1000
0,5% de personas de 25 a 64 años asisten a taller preventivo de salud mental	No registrado

<b>Metas Tratamiento</b>	
<b>1.- Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.</b>	
42% CESFAM AN	66%
41% CESFAM EEF	76%
38% CESFAM LVN	41%
45% CESFAM PPD	67%
<b>2.- Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c)</b>	
25% CESFAM AN	43%
29% CESFAM EEF	78%
23% CESFAM LVN	62%
27% CESFAM PPD	51%
Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la personas	Línea base

**Metas Rehabilitación**

10% de pacientes EPOC de que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	No registrado
--	---------------

**5.4 INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR****Metas Promoción**

	Resultado
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores a través de la entrega de Programa de Alimentación Complementaria (línea base)	24%

**Metas Prevención**

Mejorar el estado funcional de los adultos mayores realizado control de Salud EMPAM (50%)	4,3%
Aumentar la tasa de vacunación superior en un 80% en vacunas neumocócicas y anti influenza a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita	67,4%
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PCV y diabéticos con examen de fondo de ojo vigente (90%)	10,7%
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con DM evaluando anualmente el riesgo de úlceras en pies.	70,7%

**Metas Tratamiento**

Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más. (90%)	62,5%
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 años y más (90%)	58,5%

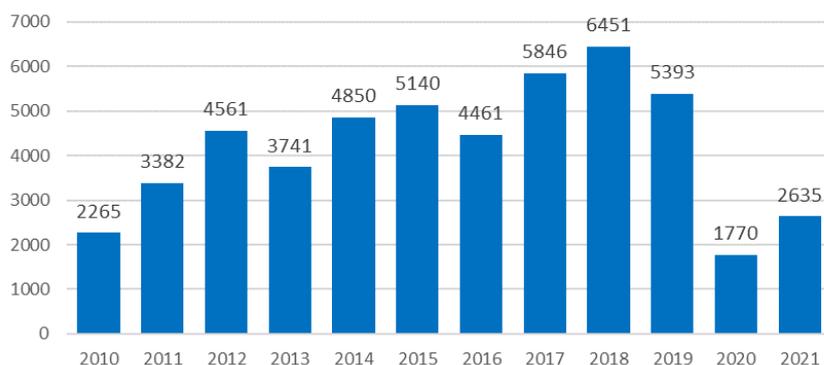
**Metas Rehabilitación**

Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años o más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar (10%)	No registrado
---	---------------

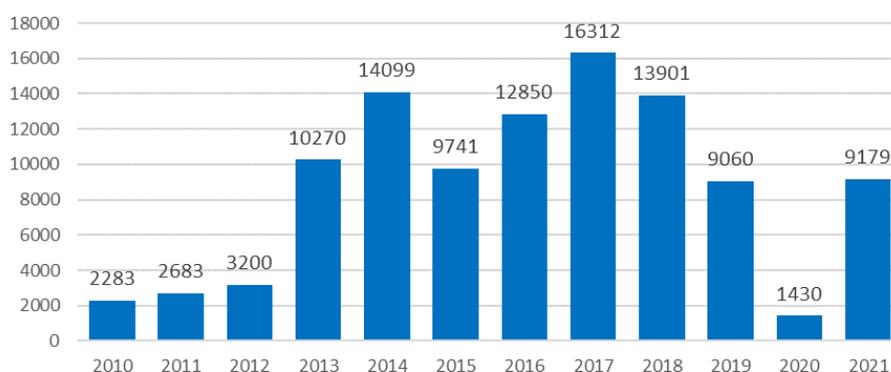
**6.5 UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA (UAPO)**

Durante 2021 se realizaron las atenciones siguiendo protocolos de manejo en pandemia, los aforos de acuerdo a los espacios físicos, logrando remontar en las principales actividades afectadas el año anterior, especialmente en el acceso a atención .

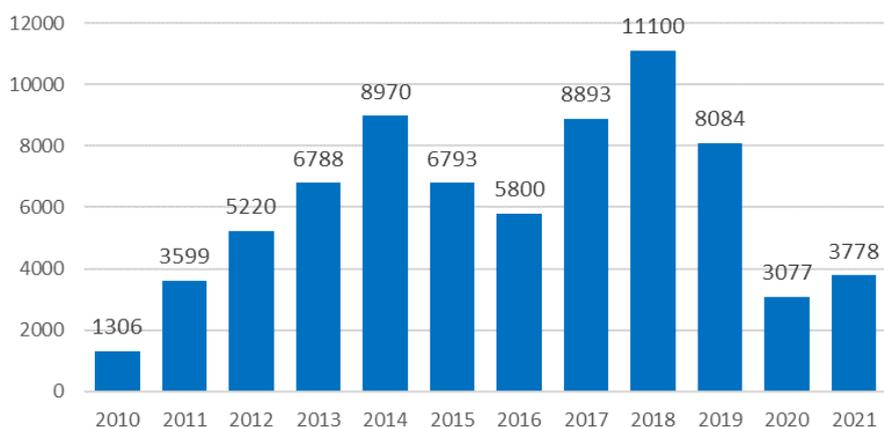
UAPO y GES Consultas oftalmólogo,  
2010 a septiembre 2021



UAPO y GES Atenciones/Procedimientos  
Tecnólogo Médico,  
2010 a septiembre 2021



UAPO y GES Lentes entregados,  
2010 a septiembre 2021



## 5.6EJE PROMOCIONAL PREVENTIVO CON ENFOQUE COMUNITARIO

ACTIVIDAD	
Desarrollo de campaña comunal de promoción de la lactancia materna en los ámbitos intersectorial, salud y comunitario. Fortalecimiento de las salas de lactancia materna de los CESFAM	
Implementación de estrategia integral de promoción de la salud dirigida a niños y niñas de los Jardines infantiles VTF que incluye acciones en: alimentación saludable, actividad física, entornos saludables (huertos) salud mental, salud oral. Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias	
Acciones integrales en actividad física, alimentación saludable, entornos saludables, promoción de la salud mental en escuelas. Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias	
Intervención integral territorial con jóvenes a partir del desarrollo de prácticas urbanas emergentes (parkour- calistenia y muro de escalada), cocina saludable, acciones animación sociocultural y promoción de la salud mental. Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias	
Acciones integrales en actividad física, alimentación saludable, entornos saludables, promoción de la salud mental en escuelas. Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias	
Elaborar y poner en marcha una campaña comunal comunicacional y educativa respecto del consumo de tabaco. Reforzar la calidad de las consejerías para adolescentes en establecimientos educacionales.	
Capacitar al equipo de salud de los CESFAM en prescripción de la actividad física, para adultos sanos. Implementación de estrategia piloto en CESFAM	
Impulsar campaña comunal y programa de prevención y control de tabaquismo. Implementar la estrategia de hogares libres de humo y espacios libres de humo en la comuna.	
Rutas saludables en territorio. Trabajo intersectorial con organizaciones sociales y CESFAM que incluye acciones en: Actividad física para niñas, niños, jóvenes (preferentemente) mujeres y adultos, Talleres de alimentación saludable, talleres para familias Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias, Talleres educativos promocionales preventivos	
Capacitación dirigida a líderes comunitarios. Metodología remota o mixta según disposiciones sanitarias	
Estrategia local de acceso y calidad de la atención a población migrante, mediante: Elaboración de boletín informativo que contenga: Proceso de inscripción en CESFAM, Cartera de prestaciones, Regularización migratoria, Acceso a otros servicios y beneficios, Protocolo de atención en salud, Acciones promocionales preventivas dirigidas a población migrante	
Implementación de Programa Elige Vida Sana de acuerdo con las adaptaciones efectuadas en contexto de pandemia, transición o apertura.	
Implementación de Programa Más Adulto Mayor Autovalente de acuerdo con las adaptaciones efectuadas en contexto de pandemia, transición o apertura.	

<p>Implementación de Programa Salud Escolar a partir de:          Controles integrales de salud; Optimización de la referencia y contrarreferencia de casos con los CESFAM; Gestión de casos con los equipos de los CESFAM; Mejora del registro de ficha clínica.</p>	
<p>Unificación de Metodología de participación social en salud comunal.          Capacitación a gestores locales de los centros de salud y del territorio, respecto a metodologías participativas y gestión territorio          Asesoramiento y acompañamiento en la implementación de los planes de participación y promoción de salud de los CESFAM.          Impulso de instancias participativas como: Mesas territoriales, diálogos participativos y mesas intersectoriales.          Trabajo colaborativo con organizaciones para la acción comunitaria en salud.          Impulso de rol de Agentes Comunitarias en acciones en salud.          Concejos consultivos adolescentes          Boletín informativo difundidos a toda la comuna.</p>	

## 5.7 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Metas Promoción	EEF	PPD	ANR	LVN
20% de los profesionales con taller de salud sexual realizado	0%	0%	0%	0%
Programa elaborado en mesa de trabajo conjunta con Depto de Educación	0%	0%	0%	0%
4 talleres de salud sexual realizados por CESFAM (Uno por ciclo vital): Infancia, adolescencia, Adulto y Adulto Mayor)	0%	0%	0%	0%
Una Guía de Sexualidad Segura elaborada por ciclo vital y socializada en cada CESFAM	0%	0%	0%	0%
<b>Metas Prevención</b>				
Aumento de 10% de cobertura en uso de MAC en mujeres de 20 a 49 años en control en Programa Cardiovascular (línea base 2020)	6,7%	15,8%	20%	2,5%
Lograr un 8% de cobertura de ex de VIH en población de 15 y más años inscrita en los CESFAM	11.9%	23.6%	15.0%	28.1%
Cumplir con meta sanitaria de PAP negociada para 2021	72.3%	57.0%	66.8%	100%
Alcanzar un 55% de cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 69 años	58.7%	39.9%	52.6%	38.8%
15% de mujeres de 45 a 64 años en Control de Climaterio	94.7%	50.15%	54.6%	36.7%
<b>Metas Tratamiento</b>				
80 % de las mujeres que lo requieren con uso continuo de TRH	30.6%	7.7%	63.6%	42.0%
90% de las mujeres (gestantes) derivadas a Salud mental ingresadas al Programa	100%	100%	100%	75%
<b>Metas Rehabilitación</b>				
90% de las mujeres con Dg de Ca de Mamas ingresadas al programa	0%	0%	0%	50%

## 5.8 PROGRAMA ODONTOLÓGICO

La ejecución de las actividades comprometidas salud oral se vieron disminuidas debido a la infraestructura no garantizaba condiciones de bioseguridad para la atención en contexto de pandemia, sumado a la reasignación del equipo odontológico en otras funciones. Dentro de este contexto se priorizaron las atenciones de morbilidad y urgencia odontológica.

Al corte de septiembre se logran los siguientes cumplimientos.

Actividad	Resultado
60% de niñas/os de 6 meses ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	
70% de adolescentes de 12 años y 80% de adolescentes de 3° y 4° medio, con Alta integral con consejería breve antibacno en unidad odontológica	
Altas odontológicas totales en embarazadas	

Otros cumplimientos comunales:

- Radiografía Odontológica: 4%
- Consulta Morbilidad Odontológica Adulto 65 y más años:9%
- Consejería breve en tabaco en población de 12 y más años: 853 consejerías breves en tabaco a los usuarios que se han atendido en dental.

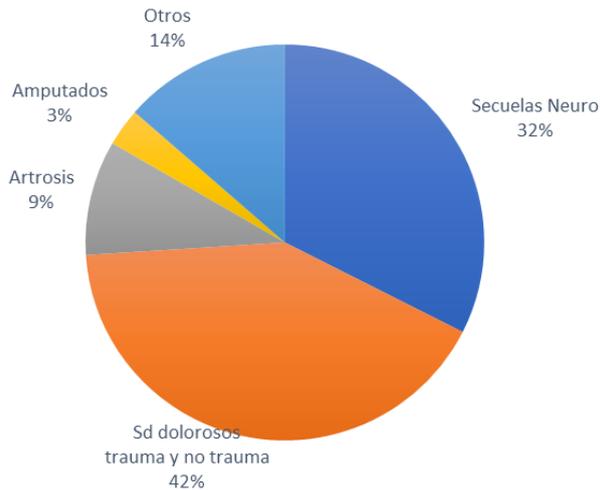
Programas de Reforzamiento

Programa	Componente	Meta Comprometida	Cumplimiento	% Cumplimiento
Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica	Resolutividad Endodoncia	610	451	74%
	Resolutividad Prótesis Removible	832	351	42%
	Resolutividad Periodoncia	150	45	30%
	Morbilidad Odontológica	19200	5542	29%
Sembrando Sonrisas	N° Set Higiene Oral	3190	3511	110%
	N° niños con examen de salud bucal	3190	681	21%
	N° aplicaciones de Barniz de flúor	6380	681	3.3%
	<b>Cumplimiento Global S. Sonrisas</b>			<b>47%</b>
Odontológico Integral	Hombres Escasos Recursos	120	84	70%
	Más Sonrisas para Chile	870	205	24%
	Altas Enseñanza Media	120	6	5%
	Altas Domiciliarias	150	7	5%
Ges Odontológico	Altas Integrales adultos 60 años	400	123	31%

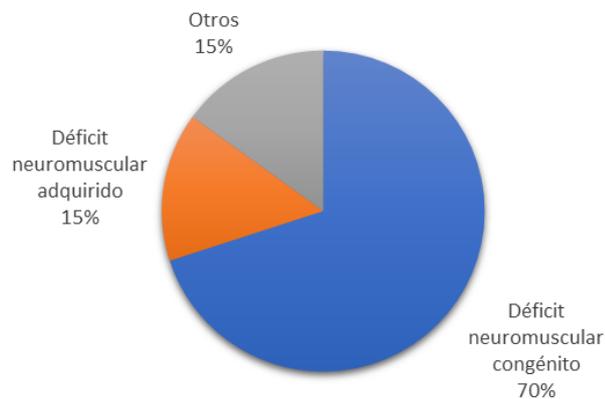
## 5.9 REHABILITACION INTEGRAL

Durante 2021 674 personas han ingresado al Programa de Rehabilitación Integral (RBC) lo que representa un incremento de un 20% respecto de igual periodo en el año 2020 (562). De esas personas, 60 corresponden a RBC Infanto-juvenil (menores de 20 años).

Ingresos a RBC por patología adultos  
Pedro Aguirre Cerda 2021



Ingresos infanto juveniles a RBC por patología,  
Pedro Aguirre Cerda 2021



Han completado su tratamiento de Kinesiología y/o Terapia Ocupacional 446 personas. Cada una de ellas han sido evaluadas al momento de su alta y se les entregan recomendaciones para el cuidado en el hogar y en su vida diaria, así como un reforzamiento en los ejercicios terapéuticos realizados en su tratamiento en sala.

Estrategias de rehabilitación en pandemia:

- Tele rehabilitación: 3416 sesiones realizadas por kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos.
- Visitas domiciliarias: 2131 visitas domiciliarias realizadas por dupla Kinesiólogo-Terapeuta Ocupacional y/o Fonoaudiología.
- Atenciones presenciales en salas RBC. A medida que nuestra comuna fue avanzando en el plan Paso a Paso de MINSAL 2021, se fueron retomando las atenciones

presenciales, talleres de Artrosis, Parkinson, entre otros, respetando los aforos y distanciamiento social. A septiembre se han realizado 3976 atenciones presenciales.

## **6. PLANIFICACIÓN 2022 POR CICLO VITAL Y ÁREAS TRANSVERSALES**

Para 2022 la comuna busca no solo cumplir con la cartera de prestaciones convenidas por el decreto que determina el financiamiento de la Atención Primaria, sino que poner énfasis en el cierre de brechas sanitarias generadas por la restricciones en la oferta y la demanda por la atención en salud producto de la pandemia, trabajando desde las líneas estratégicas:

- Territorial – intersectorial, que implica relevar necesariamente la participación social en salud.
- A través actividades promocionales y preventivas que nos permitan retomar el contacto con las personas en el territorio y, reforzando el uso de la estrategia de los controles integrales centrados en la persona (ECICEP), como hitos principales dentro del modelo de atención integral en salud para el próximo año.

### **6.1 Cartera de prestaciones.**

Salud de Niños y Niñas:

1. Control de salud niño sano.
2. Evaluación del desarrollo psicomotor.
3. Control de malnutrición.
4. Control lactancia materna.
5. Educación a grupos de riesgo.
6. Consulta nutricional.
7. Consulta morbilidad.
8. Control de enfermedades crónicas.
9. Consultas por déficit del desarrollo psicomotor
10. Consulta kinésica.
11. Consulta y consejería de salud mental.
12. Vacunación.
13. Programa Alimentación Complementaria
14. Atención a domicilio.
15. Actividades comunitarias de salud mental con profesores de establecimientos educacionales
16. Examen de salud odontológico.
17. Educación grupal odontológica.
18. Consulta odontológica preventiva( incluye barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
19. Consulta tratamiento odontológico (incluye obturaciones, pulpotomía)
20. Consulta urgencia odontológica (incluye exodoncia)
21. Radiografía odontológica.

## Salud de Adolescentes

22. Control de salud.
23. Consulta morbilidad.
24. Control crónico.
25. Control prenatal.
26. Control de puerperio.
27. Control de regulación de fecundidad.
28. Consejería en salud sexual y reproductiva.
29. Control ginecológico preventivo.
30. Educación grupal.
31. Consulta morbilidad obstétrica.
32. Consulta morbilidad ginecológica.
33. Intervención Psicosocial.
34. Consulta kinésica.
35. Consulta nutricional.
36. Consulta y/o consejería en salud mental.
37. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
38. Atención a domicilio.
39. actividades comunitarias de Salud mental con profesores de Establecimientos educacionales.
40. Programa de Salud Sexual y reproductiva:
41. Control prenatal.
42. Control de puerperio.
43. Control de regulación de fecundidad.
44. Consejería en salud sexual y reproductiva.
45. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres 45 a 64 años.
46. Educación grupal.
47. Consulta morbilidad obstétrica.
48. Consulta morbilidad ginecológica.
49. Consulta nutricional.
41. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
50. Atención a domicilio.
51. Actividades comunitarias de salud mental con profesores de establecimientos educacionales
52. Examen de salud odontológico.
53. Educación grupal odontológica.
54. Consulta odontológica preventiva( incluye barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario sellantes)
55. Consulta tratamiento odontológico (incluye obturaciones, pulpotomía)
56. Consulta urgencia odontológica (incluye exodoncia)
57. Radiografía odontológica.

## Salud de la Mujer

58. Control prenatal
59. Control preconcepcional
60. Control de puerperio
61. Control de regulación de regulación de fecundidad.

62. Consejería en salud sexual y reproductiva
63. Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
64. Educación grupal
65. Consulta de morbilidad obstétrica
66. Consulta morbilidad ginecológica
67. Programa nacional de Alimentación Complementaria
68. Ecografía del primer trimestre
69. Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar
70. Examen de salud odontológico en gestantes
71. Consulta odontológica preventiva gestante (incluye barniz de flúor, educación grupal con instrucción de higiene, pulido coronario)
72. Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye obturaciones, detartraje)
73. Consulta urgencia odontológica (incluye exodoncia, endodoncia primera fase)
74. Radiografía odontológica.

#### Salud del Adulto y Adulta

75. Consulta de morbilidad.
76. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
77. Consulta nutricional.
78. Control de salud.
79. Intervención psicosocial.
80. Consulta y/o consejería de salud mental.
81. Educación grupal.
82. Atención a domicilio.
83. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
84. Curación de pie diabético.
85. Intervención grupal de actividad física.
86. Consulta Kinésica.
87. Consulta odontológica preventiva (incluye barniz de flúor, educación grupal con instrucción de higiene, pulido coronario)
88. Consulta morbilidad odontológica (incluye examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje, pulido coronario)
89. Consulta urgencia odontológica (incluye exodoncia, endodoncia primera fase)
90. Radiografía odontológica.
91. Control por sospecha de virus Hepatitis C.

#### Salud de Adultos y Adultas Mayores

92. Consulta de morbilidad.
93. Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
94. Consulta nutricional.
95. Control de salud.
96. Intervención psicosocial.
97. Consulta de salud mental.
98. Educación grupal.

99. Consulta kinésica.
100. Vacunación anti influenza.
101. Atención a domicilio.
102. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.
103. Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
104. Curación de pie diabético.
105. Consulta odontológica preventiva (incluye barniz de flúor, educación grupal con instrucción de higiene, pulido coronario)
106. Consulta morbilidad odontológica (incluye examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje, pulido coronario)
107. Consulta urgencia odontológica (incluye exodoncia, endodoncia primera fase)
108. Radiografía odontológica.
109. Control por sospecha de virus Hepatitis C.

Actividades con garantías explícitas en Salud a programas.

110. Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
111. Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
112. Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
113. Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
114. Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
115. Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
116. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
117. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
118. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
119. Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad y controles de crónicos, espirometría y ; atención kinésica en programa del adulto y adulto mayor.
120. Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud, control de crónicos en programa del adulto mayor.

121. Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
122. Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
123. Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
124. Tratamiento erradicación de Helicobacter pilori
125. Acceso a tratamiento Salud oral integral de la embarazada.
126. Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consulta de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programa de adulto y adulto mayor.

Actividades generales asociadas a todos los programas:

127. Educación grupal ambiental.
  128. Consejería familiar.
  129. Visita domiciliaria integral.
  130. Consulta social.
  131. Tratamiento y curaciones.
  132. Extensión horaria.
  133. Intervención familiar psicosocial.
  134. Diagnóstico y control de la tuberculosis.
  135. Visita domiciliaria de seguimiento.
136. Exámenes de Laboratorio Básico de acuerdo a detalle contenido en Decreto 29, del 30 de diciembre de 2020

## **6.2 PLANIFICACION 2022 CICLO VITAL INFANTIL**

Los grandes desafíos de este ciclo para el año 2022, considerando la pandemia por Covid-19, dónde se vieron afectadas las actividades propias del ciclo infantil durante 2020 y 2021, son:

- Mejorar la calidad del control de salud infantil en cada uno de los CESFAM, cautelando que se desarrollen estas actividades, en el marco de la norma ministerial vigente.
- Dar un nuevo enfoque a la oferta de atenciones a la población escolar de la comuna del programa de control sano del niño y la niña en establecimiento educacional, priorizando a los establecimientos educacionales que no fueron abordados por territorios de los CESFAM EN 2021. Priorizar seguimiento y atenciones a los niños pesquisados en 2021 de acuerdo con el riesgo y enfatizar en la atención de los niños derivados y la contrarreferencia del convenio JUNAEB.
- Instalar una mesa intrasector para el refuerzo y articulación de todos los programas, planes y acciones vinculadas al programa infantil, cuyo objetivo es impulsar la gestión, ejecución, control y seguimiento de las acciones en el quehacer del ciclo infantil de los distintos CESFAM.
- Impulsar y/o apoyar una política comunal de promoción de salud infantil en el marco de la política de municipios y comunas saludables, incorporando acciones promocionales – preventivas con enfoque comunitario en los ámbitos de actividad

física, alimentación saludable y lactancia materna, entornos saludables, vida en familia, buen trato en la infancia y los aquellos de corte preventivo que contribuyan a mejorar los indicadores calidad de vida.

- Se propone instalar una mesa de trabajo intersectorial infantil – adolescente permanente mediante un trabajo tripartito con las instituciones, la comunidad, los equipos de los CESFAM vinculados al programa infantil y mantenido en el tiempo y que además esté presente en todas las actividades comunitarias que desarrolle el municipio en el año. Se incluyen las acciones de la estrategia de Rutas Saludables, nodos de atención y cuidado en territorio, y otros que se desarrollen a nivel comunal o local. Además, fortalecer el trabajo de las mesas de la comisión mixta salud educación (COMSE) en cada CESFAM.
- Por último, generar la articulación al interior del Departamento de Salud de todos aquellos programas que desarrollen su trabajo en el ciclo infantil y los CESFAM, de manera tal que generen un trabajo sinérgico, que evite la sobre intervención y la dualidad de acciones en la misma población objetivo.

#### OBJETIVO GENERAL

Garantizar una atención de calidad, integral y continua a los niños y niñas, potenciando los aspectos de promoción, prevención, siendo oportunas en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, promoviendo su desarrollo integral, con énfasis en estimulación temprana, aportando así a la calidad de vida de la niñez, sus familias y comunidad.

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
Promoción	Contribuir a disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Promover factores psicosociales protectores de la salud mental en la infancia del territorio de la comuna	1 actividad comunal, en el ámbito de promoción, programadas por Comuna Saludable, por Cefsam.	Nº de actividades comunales realizadas por cesfam x 100 / Nº de actividades comunales programadas por Comuna Saludable, por CESFAM.	Integrarse en al menos 1 de las actividades comunales en el ámbito de promoción, programadas por Comuna Saludable, por CESFAM
		Promover una sexualidad saludable en la comunidad infantil	2 Talleres de educación sexual integral en infancia, realizados por equipo capacitado de cada CESFAM de la comuna, dirigidos a población infantil de 6 a 9 años	Nº de Talleres en sexualidad realizados x 100/ Nº de talleres programados en sexualidad del ciclo infantil.	Desarrollar 2 Talleres de educación sexual integral en infancia, realizados por equipo capacitado de cada CESFAM de la comuna
			Equipo capacitado en sexualidad de la comuna, realizan capacitación en sexualidad al equipo de salud de cada Cefsam.	Nº de funcionarios capacitados en sexualidad x 100 /Nº de funcionarios que realiza consulta o controles en el ciclo de infancia.	80% del equipo de salud de cada CESFAM que realiza consulta o controles en el ciclo de infancia capacitados en el ámbito de la sexualidad.

		Promover la realización de controles de salud en la comunidad infantil de Pedro Aguirre Cerda	Realización de 1 reunión bimensual entre COSAM y los CESFAM para una coordinación y derivación oportuna a los controles de salud infantil.	N° de reuniones de coordinación y/o derivación realizadas x 100 / N° de reuniones de coordinación y/o derivación programadas (6)	Realización de 6 reuniones de intrasector salud para coordinación y derivación de niñas y niños
Promoción	Mantener o disminuir la malnutrición por exceso infantil	Aumentar la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en niñas(os) hasta el 6º mes de vida	Reactivar comité de lactancia Comunal Multisectorial y en cada CESFAM	N° niños-as de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva x 100 / N° Total de niños-as de 6 meses controlados en el periodo	Lograr el 60 % de lactancia materna exclusiva en el 6º mes de vida en los CESFAM de la comuna.
			Poner en práctica la Política de lactancia en cada CESFAM		
			Controles de salud hasta los 6 meses con fomento de LME por todo el equipo de salud.		
			Protocolizar la consulta de lactancia en cada CESFAM	N° de controles del mes realizados con consulta de lactancia x 100/ N° Total de controles realizados al primer mes de vida, en el periodo	
			Consulta de Lactancia Materna espontánea		
			Entrega de guías anticipatorias de Lactancia Materna desde control prenatal y en controles de salud de los niños/as		
			Fortalecer el uso del cojín de lactancia y el material de ChCC en lactancia	N° de visitas domiciliarias en lactancia antes de la 72 horas post parto x 100/ N° Total de mujeres post parto dadas de alta en la maternidad.	
Visita domiciliaria integral en lactancia al 60% a mujeres post parto, antes de las 72 horas post alta de la maternidad, por el equipo de salud de cada CESFAM					
Mantener capacitado a lo menos al 80 % de los funcionarios en Lactancia Materna					

			Incorporar en el control del mes de vida, realizado por médico o médica, de forma rutinaria, la evaluación de la lactancia y su técnica, de forma práctica (rendimiento aumenta a 60 minutos), registrado en formulario consulta de lactancia.		
Promoción		Promover la adquisición temprana de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, como factores protectores en la prevención de malnutrición por exceso	Taller de promoción de hábitos alimentarios saludables a padres y/o cuidadores de niños con factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso	Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) con riesgo de malnutrición por exceso que asisten a taller x 100 / Nº de niños(as) con pauta alterada de malnutrición por exceso	Realizar taller por Nutricionistas de cada CESFAM al 50% de padres y o cuidadores de los niños/as con pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso alterada aplicada en los controles de salud.
			Controles por nutricionista de las mujeres post parto al tercer, sexto y octavo mes, registrado formulario de rayen, derivadas desde el control de salud infantil.	Nº de mujeres post parto controladas por nutricionista al tercer mes post parto x 100 / Nº de mujeres con tercer mes post parto.	Seguimiento estado nutricional por nutricionista al 50% de las mujeres post parto al tercer, sexto y octavo mes, registrado formulario de rayen, por profesional nutricionista.
				Nº de mujeres post parto controladas por nutricionista al sexto mes post parto x 100 / Nº de mujeres con sexto mes post parto.	
Prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo Biopsicosocial en la infancia, mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Rescate de población insistentes a los controles de salud en menores de 10 años, a través del contacto telefónico como en la consulta de morbilidad, sala IRA, entrega de PNAC, vacunatorio, dental, salas de	Nº de menores inasistentes a control de salud x 100 / Nº de menores bajo control	Lograr un porcentaje de inasistencia a controles de salud de al menos un 20% menores de 10 años.

		contribuyendo a saldar la brecha sanitaria producida por la pandemia covid – 19 en este ciclo vital.	estimulación, tratamiento, etc.		
			Controles de salud realizado en establecimientos educacionales a niñas y Niños de kínder a cuarto básico		
Prevención	Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil	Detectar oportunament e rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud	Control de salud al mes de vida con aplicación de protocolo neurosensorial.	N° de menores con controles de 1 mes con Pauta neurosensorial aplicada x 100 / N° Total de menores de 1 mes de edad bajo control	90 % de menores de 1 mes de edad se aplica protocolo neurosensorial en el control de salud.
			Control de salud a los 8 y 18 meses con aplicación de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP).	N° de menores con controles de 8vo mes con EEDP aplicado x 100 / N° Total de menores de 8vo mes de edad bajo control	90% niños y niñas de 8 meses de edad con EEDP en el control de salud.
				N° de menores con controles de 18 meses con EEDP aplicado x 100 / N° Total de menores de 18 meses de edad bajo control	90 % de los niños de 18 meses se aplica con EEDP en el control de salud
			Control de salud a los 4, 12 y 24 meses con aplicación de pauta abreviada de EEDP.	N° de menores con controles de 4to mes con Pauta breve aplicado x 100 / N° Total de menores de 4to mes de edad bajo control	90 % de menores de 4 meses de edad vida se aplica pauta breve en el control de salud
				N° de menores con controles de 12 meses con Pauta breve aplicada x 100 / N° Total de menores de 12 meses de edad bajo control N° de menores con controles de 24 meses con Pauta	90 % de los niños de 12 meses se aplica pauta breve en el control de salud

				breve aplicada x 100 / Nº Total de menores de 24 meses de edad bajo control		
				Nº de menores con controles de 24 meses con Pauta breve aplicada x 100 / Nº Total de menores de 24 meses de edad bajo control	90 % de los niños y niñas de 24 meses bajo control se aplica pauta breve en el control de salud	
				Control de salud a los 3 años de edad con aplicación de TEPSI	Nº de menores con controles de 3 años con TEPSI aplicado x 100 / Nº Total de menores de 3 años de edad bajo control	90% de niños y niñas de 3 años de edad bajo control con aplicación TEPSI
				Control de salud escolar de kínder a cuarto básico se realiza por Enfermera y Tens de Comuna saludable.	Nº Total de controles realizados a menores de kínder a cuarto básico x 100/ Nº de menores de 5 a 9 años bajo control	
Prevención	Mantener cobertura de inmunización en población infantil susceptible	Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Vacunación según calendario PNI vigente y / o campañas.	Nº menores de 1 año de edad con esquema completo (Hexavalente + Neumocócica) según PNI x 100 / Nº Total de menores de 1 año de edad de la comuna	90% de los niños(as) de menores de 1 año con vacuna hexavalente serie primaria completa.	
				Nº menores de 1 año de edad vacunados con tres vírica (SRP) x 100 / Nº Total de menores de 1 año de edad de la comuna	90% de los niños(as) de 1 año con vacuna tres vírica (SRP).	
				Nº menores de 1º básico con vacuna SRP y dTpa administrada x 100 / Nº Total de menores matriculados en 1º básico de la comuna	90% de los niños/as de 1º básico con vacunas SRP y dTpa (difteria, tétanos y pertussi).	

Prevención	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por IRA	Contribuir a evitar la hospitalización por neumonía en los niños y niñas de 0 a 9 años.		N° menores con esquema completo de vacuna VPH que cursan 5º básico x 100 / N° Total de menores matriculados en 5º básico de la comuna	90% de menores que cursan 5º básico presentan esquema completo vacuna contra el virus papiloma humano (VPH).
				N° de menores de 6 meses a 9 años con vacuna de Influenza administrada x 100 / N° de niños(as) inscritos en la comuna	90% de los niños(as) de 6 meses a 9 años con vacuna anti influenza
				N° de menores de 6 a 9 años con vacuna covid administrada x 100/ N° de menores de 6 a 9 años inscritos en la comuna	80% de menores de 6 a 9 años con vacuna covid.
			Visita domiciliaria por kinesióloga(o) IRA a menores con score de riesgo de morir por neumonía grave.	N° de niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave que reciben visita domiciliaria integral (VDI) / N° niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave.	100% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave, reciben visita domiciliaria.
			Profesional que realiza control de salud identifica en carnet de control sano niños el riesgo IRA GRAVE para facilitar la prioridad de atención y deriva a visita domiciliaria por Kinesióloga(o) Sala IRA, vía correo, con copia a Encargada (o) Ciclo Infantil		
			Seguimiento en equipo de cabecera de niños(as), menores de 7 meses con Score IRA grave		

			Taller en prevención de IRA para los niños (as) menores de 1 año bajo control.	Nº de niños < de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control	Nº de niños < de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control
Prevención	Aumentar las personas con factores protectores para la salud en el ámbito de la sexualidad	Entregas de Guías anticipatorias en el ámbito de la sexualidad durante el ciclo vital.	Elaborar guía anticipatoria comunal en el ámbito de sexualidad por el equipo capacitado en sexualidad.		Incorporar Guía anticipatorias en el ámbito de la sexualidad en los controles de salud del ciclo infantil
			Entrega de guías en los controles de salud	Nº de guía anticipatoria entregadas x 100 / Nº de controles de salud realizados	
Tratamiento	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.	Brindar atención integral y oportuna a niños(as) con problemas y/o trastornos mentales	Atención integral a niños y niñas de 5 a 9 años con trastorno mental, bajo control.	Nº de niños y niñas egresados por alta clínica año 2020 x100/población bajo control por trastorno mental de 5 a 9 años	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población de 5 a 9 años (prevalencia esperada 22%).
			Egreso por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales		Lograr el 5% de altas terapéuticas, en relación al bajo control anual.
Tratamiento	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su Desarrollo Sicomotor DSM	Control sano con aplicación de escala de EEDP y TEPSI	Nº de menores con retraso de 18 meses recuperados x 100 / Nº de menores con retraso detectados a los 18 meses	Recuperar al 90% de los niños detectados con riesgo y retraso en la evaluación DSM de los 8, 18 y 36 meses
			Consulta médica a niñez con retraso DSM	Nº de menores con riesgo de 18 meses recuperados x 100 / Nº de menores con riesgo detectados a los 18 meses	Recuperar al 90% de los niños detectados con riesgo y retraso en la evaluación DSM de los 8, 18 y 36 meses
			Consulta de Educadora de Párvulos en Sala de Estimulación	Nº de menores con rezago de 18 meses recuperados x 100 / Nº de menores con rezago detectados a los 18 meses	

			Consulta Fonoaudióloga en Sala de Estimulación	N° de menores con riesgo de 8 meses recuperados x 100 / N° de menores con riesgo detectados a los 8 meses	
			Visita domiciliaria integral por Educadora a menores ingresados a Sala de Estimulación con riesgo y retraso en su DSM.	N° de menores con retraso de 8 meses recuperados x 100 / N° de menores con retraso detectados a los 8 meses	
			Control de salud	N° de menores con rezago de 8 meses recuperados x 100/ N° de menores con rezago detectados a los 8 meses	
			Control de salud	N° de menores con riesgo de 36 meses recuperados x 100 / N° de menores con riesgo detectados a los 36 meses	
			Control de salud	N° de menores con retraso de 36 meses recuperados x 100 / N° de menores con retraso detectados a los 36 meses	
			Control de salud	N° de menores con rezago de 36 meses recuperados x 100 /N° de menores con rezago detectados a los 36 meses.	
	Rehabilitación	Potenciar las distintas áreas de desarrollo de NNA con algún tipo de discapacidad permanente o transitoria que limite su desempeño ocupacional en	NNA de la comuna derivados a CCR acceden a las prestaciones otorgadas por el programa.	Ingreso de NNA de 0 a 10 años con IC pertinente al programa infantil	Número de NNA ingresados al programa x 100/ / Número de NNA derivados al programa.
		NNA de la comuna ingresados a CCR logran cumplimiento de objetivos terapéuticos	Realizar egresos de NNA del programa una vez cumplido el plan de intervención integral	Número de NNA egresados al programa x 100/ / Número de NNA ingresados al programa	60 % de los usuarios ingresados al programa completan su plan de intervención, con objetos terapéuticos consensuados.

cualquiera de los contextos cotidianos en los que se desempeña, favoreciendo su plena inclusión y participación social.	Implementación de actividades orientadas a la promoción de la salud, participación e inclusión de usuarios, sus familias y/o cuidadores.	Realizar actividades grupales y/individuales de promoción de la salud, participación, e inclusión de usuarios, sus familias y/o cuidadores.	Actividades planificadas (presenciales o virtuales) x100/actividades realizadas (presenciales o virtuales)	Lograr realizar el 70 % de las actividades programadas orientadas a la promoción de la salud, participación e inclusión de usuarios, sus familias y/o cuidadores
---	--	---	--	--

### 6.3 PLANIFICACIÓN 2022 CICLO VITAL ADOLESCENTE

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
TERRITORIALIDAD	Trabajo empoderamiento comunitario	Fomentar factores protectores y abordar factores de riesgos	Generación 4 espacios amigables con territorios integrados a cuidados de salud en territorio	Nº Espacios comunitarios-educacionales /Total Espacios comunitarios-educacionales comprometidos	Un Espacios amigables por territorio funcionando
			Realización de JORNADA de promoción de la salud y Salud sexual y reproductiva con adolescentes de 10 a 19 años.	Jornada realizada: SI/NO	Jornada territorial
			Rutas juveniles	Rutas realizadas : SI/NO	Rutas instaladas con participación intersector
	Aumentar la participación social de jóvenes de 10 a 19 años	Promover la participación y asociatividad de jóvenes de 10 a 19 años	Realizar Diagnóstico participativo juvenil comunal	Diagnóstico participativo: SI/NO	Diagnóstico participativo juvenil comunal
			Consejo consultivos de jóvenes por territorio	Nº Consejos consultivos territoriales constituidos/Total de Consejos consultivos comprometidos	Un Consejos por territorio constituido

<b>PROMOCIÓN</b>	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la promoción de salud en población de adolescentes de 10 a 19 años	Realización de talleres de promoción estilo vida saludable con adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de talleres realizados con adolescentes de 10 a 19 años/ Nº Talleres programados) *100	Realizar 2 talleres cada Centro de Salud de la comuna.
	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco (CBT) por kinesiología a todos los ingresos respiratorios sala IRA y ERA	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas por KINE a adolescentes de 10 a 19 años / Nº total de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a sala IRA y ERA) * 100	100% de ingresos respiratorios MENORES DE 10 A 19 AÑOS con consejería en sala IRA y ERA por kinesiología
			Realizar consejerías breves antitabaco (CBT) por odontólogos a las Altas integrales de Adolescentes 12 años, 3º y 4º medio	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas por odontólogos adolescentes de 12 años y 4º medio / Nº total de Altas integrales de 12 años y 4º medios) * 100	70% de adolescentes de 12 años y 80% de adolescentes de 3º y 4º medio, con Alta integral con consejería en unidad odontológica
	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 adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de talleres de salud sexual y reproductiva realizados con adolescentes de 10 a 19 años/ Nº Talleres programados) *100	Nº talleres en cada Centro de Salud: 2 cada Cefsam por equipo capacitado en sexualidad intergral
			Jornadas de capacitación en sexualidad integral, a los profesionales universitarios y técnicos que componen los equipos, de manera progresiva y secuencial, con pertinencia al ciclo vital de Adolescencia	Nº de profesionales del Ciclo Adolescencia capacitados en sexualidad integral en 2022 x 100 / Nº de profesionales programados del Ciclo Adolescencia	30% Equipo capacitado
			Elaboración y entrega de guía anticipatoria en Sexualidad integral	Nº de guías anticipatorias, en sexualidad, entregadas en EMPAD a adolescentes de 10 a 19 años x 100 / Población de 10 a 19 años con EMPAD realizado en 2022	75% Controles con entrega guías
			Jornadas comunales de difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos, insertas en actividades territoriales	Nº de jornadas de difusión de los DDSS y RP x 100 / Número de jornadas territoriales programadas de Promoción de salud	Una jornada por territorio

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 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud 2020)*100	Meta establecida IAAPS (mantener 20,25% año 2019)=1249ado año 2020
			Control de Salud integral adolescentes de 15 a 19 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 15 a 19 años/ población adolescente de 15 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud año 2020)*100	Meta establecida para Espacios Amigables (mantener meta PRAPS 2019 19,5%: 1247 ) = 1316 ado año 2020
	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar lo/as adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas adolescentes de 10 a 14 años/ Nº de Controles de salud de 10 a 14 años realizados )*100	60%
			Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas adolescentes de 15 a 19 años / Nº de Controles de salud realizados de 15 a 19 años)*100	80%
	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 en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en adolescentes de 15 a 19 años realizadas / Nº de controles de salud en adolescentes de 15 a 19 años)*100	70%
			Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 14 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en adolescentes de 10 a 14 años realizadas / Nº de controles de salud en adolescentes de 10 a 14 años)*100	8%
			Incorporar la solicitud rutinaria y toma de VIH y VDRL, en los exámenes preventivos del ciclo adolescente (EMPAD) desde los 14 años	Nº de jóvenes de 15 a 19 años con exámenes realizados/Nº total de jóvenes con controles realizados	línea Base

	Promover el uso del condón peneano y/o vaginal en adolescentes y jóvenes	Entrega de preservativos peneano y/o vaginal asociado a consejerías en adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones peneano y/o vaginal a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años / N° Total de consejerías en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad realizadas adolescentes de 10 a 19 años inscritos en Centro)*100	25%
		Entrega de preservativos en escuela y liceo municipal en adolescentes de 10 a 19 años	N° de Escuelas con dispensadores de condones peneanos habilitados	3 Escuela con dispensador operativo
Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes menor o igual de 14 años	(Nº de adolescentes menor o igual de 14 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ N° de adolescentes menor o igual de 14 años inscritos en centros de salud) *100	Incremento 10% Línea base 2021
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ N° de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud) *100	Meta IAAPS según definición Ministerial
	Aumentar cobertura y adhesividad a control de regulación de fertilidad de adolescentes con hijos	Ingreso a Regulación de Fertilidad para prevenir multiparidad, de adolescentes de 10 a 19 años con hijo/a.	(Nº de adolescentes de 10-19 años inscritos con multiparidad en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ N° de adolescentes de 10-19 años con multiparidad inscritos en centros de salud con hijo) *100	90%

	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar ingreso precoz a control de embarazo en adolescentes 10a 19 años	Ingresar a las personas adolescentes en gestación antes de las 14 semanas de embarazo	Nº de adolescentes embarazadas que ingresan antes de las 14 semanas de gestación/Total adolescentes embarazadas ingresadas	90%
		Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes de 10 a 19 años	Talleres para la prevención de los problemas de salud mental (consumo problemático de alcohol y drogas, Violencia, Suicidio, otros) a población de adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de talleres realizados de salud mental con adolescentes/ Nº de talleres programados)*100	2 por cada Centro de Salud con integración del COSAM
			Ingresar a las gestantes adolescentes con diagnóstico confirmado de Depresión al Programa de Salud Mental	Nº de adolescentes embarazadas con diagnóstico de salud mental/Total adolescentes embarazadas con diagnóstico depresión	100%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 19 años con asma bronquial bajo control. -GES mayores de 15 años-.	Asegurar el tratamiento de adolescentes de 10 a 19 años, asmáticos bajo control .	(Nº de población 10 a 19 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	25%
	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedad cardiovascular	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes de 10 a 19 años.	Asegurar el tratamiento de hipertensión en personas de 15 A 19 años. -Coberturas-.	(Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años estimados según prevalencia en la población inscrita validada)*100	META MINSAL

			(Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control en PSCV)	META MINSAL
Disminuir la mortalidad prematura por Diabetes mellitus (asociada a)	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes 10 a 19 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 10 A 19 años. - Coberturas-	(Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia )	META MINSAL
			(Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control en PSCV)	META MINSAL
Disminuir la morbilidad bucal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente. Altas odontológicas integrales.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	SEGÚN META
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a adolescentes de 4º medio menores de 20 años. Altas odontológicas integrales.	Nºde adolescentes menores de 20 años de 3º y 4º medio con alta odontologica total/Total adolescentes menores de 20 años de 3º y 4º medio matriculados año 2020	SEGÚN META
		Atención odontológica integral a adolescentes de 10 a 19 años. Altas odontológicas integrales.	Nº de adolescentes 10 a 19 años con alta odontologica total/ total Población adolescente inscrita validados 2020)*100	SEGÚN META

	Reducir la morbilidad bucal en menores de 20 años	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria, GES	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas 2020)*100	100,00%
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales. Casos presentados en consultoría de Salud Mental	Población bajo control por trastorno mental mayor de población de adolescentes de 10 a 19 años / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada 2020 x prevalencia de 22%	Cobertura al 17% de la población potencial con trastornos mentales
		Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 19 años		(N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año 2020) (MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año 2019) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año 2019))* 100	Mantener la cobertura de casos de adolescentes presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior
		Garantizar la atención de adolescentes menores de 20 años con problemas de consumos (GES)	Atención integral y oportuna a población menor de 20 años con consumo problemático de alcohol y drogas	Población adolescentes menores de 20 años bajo control por consumos problemático de alcohol y drogas/ Población de adolescentes menores de 20 años inscrita con consumo problemático año 2020	100%
		Brindar de Atención Integral en población 10 a 19 años SENAME	Realizar evaluación integral a adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen a programas de SENAME	(N° adolescentes de 10 a 19 años red SENAME , atendidos en Centros de salud/ N° adolescentes de 10 y 19 años beneficiarios de programas SENAME año 2020 ) *100	50%
			Concentración de consultas y controles de salud mental en adolescentes de 10 a 19 años de SENAME	(N° total de atenciones realizadas a adolescentes de 10 a 19 años de residencias SENAME / N° adolescentes de 10 a 19 años bajo control inscritos en programas SENAME año 2020)	50%

REHABILITACION	Contribuir a aumentar la funcionalidad e integración a lo largo del ciclo de vida	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales o discapacidad	Mantener a los adolescentes de 10 a 19 años identificados en situación de discapacidad insertos en Programas de Rehabilitación 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 validados en los Centros de salud año 2020)*100	Identificar población de 10-19 años bajo control en situación de discapacidad que disponen plan de intervención en programas de rehabilitación
ATENCIÓN INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con miembros adolescentes con factores de riesgo	Aplicación estudios de familia adolescentes con riesgo severo	(Nº de familias con adolescentes en riesgo severo evaluadas con estudio familiar y plan de intervención	100% FAMILIAS DE MENORES Y JOVENES DEL NNAJ Y LINEA BASE ADO RIESGO SUICIDA Y VIOLENCIA SEXUAL DEECTADO EMPAD

#### 6.4 PLANIFICACION 2022 CICLO VITAL DEL ADULTO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	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 respiratorias agudas en salas ERA con consejería breve	90%
PROMOCIÓN	Aumentar prevalencia de personas con factores protectores para la salud.	Promover espacios de cuidado territorializado para la adquisición de herramientas personales y conductas saludables en población adulta de 25 a 64 años, con un enfoque de vida en familia.	Dos (2) Rutas comunales y dos (2) rutas por territorio de CESFAM con acciones de promoción de la salud con apoyo intersectorial y de activos comunitarios en salud en temáticas de alimentación saludable, actividad física, promoción de la salud mental y salud sexual y reproductiva (jornada de derechos sexuales y reproductivos y educación sexual integral)	10 rutas organizadas intersectorialmente con activos del territorio y equipo de salud	100%

			Jornadas de capacitación Modelo de Atención Integral en Salud en temas atinentes al ciclo vital de la Adultez y Adultez Mayor: estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (ECICEP), sexualidad integral, salud comunitaria basada en activos a equipos de salud.	No de Jornadas de capacitación Porcentaje de funcionarios capacitados	40% de funcionarios capacitados
			Implementación de la estrategia de prescripción de la actividad física a usuarios sanos, con riesgo y con patologías.	Estrategia implementada	4 CESFAM
			Instalación de nodos de actividad física por territorio (según evaluar factibilidad)	Nodos de actividad física por territorio de CESFAM	
			Implementación de redes de escucha Círculo de escucha en salud mental comunal	Red de escucha en funcionamiento	
			Talleres para la promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	N° de talleres	1 taller por unidad vecinal
			Elaboración y entrega de guías anticipatorias en sexualidad integral, con acento específico en esta etapa del ciclo vital.	Guía elaborada y entregada a BC PSCV	Línea base
	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 Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar seguimiento de EMP alterados en personas de 20-64 años.	Establecer flujograma de atención efectiva de los EMP alterados
Avanzar y ampliar oferta de EPM mediante estrategia territorial articulada a puntos del vacunación u operativos de búsqueda activa y en nodo de territorio				N° de EMPA 20 -64 años.	20% de los EMP realizados en territorio
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.	90%
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	Mantener un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de IAM y ACV.	Porcentajes de adultos de 20 a 64 años, dados de alta del HBL con el diagnóstico de IAM o ACV con plan de intervención dentro de los 15 días hábiles de informada el alta.	100% de los pacientes egresados por IAM o ACV, deberá tener control dentro de 15 días del alta.

	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica de las personas con diabetes de 20 a 64 años en control en el PCV	Detección temprana de la ERC, aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular, solicitar de examen de función renal	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	90%
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 cuidados (plan de intervención) según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	90%
			Evaluación y seguimiento de las personas en curaciones avanzadas de pie diabético tienen plan de cuidados	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 y curaciones avanzadas de pie diabético tienen plan de cuidados y seguimiento de VDI	60%
		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	90%
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 20 - 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	90%
	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 25-64 años. Se incluyen los temas del diagnóstico participativo: herramientas de manejo malestar y trastornos mentales (ansiedad, depresión), violencias, manejo preventivo de las demencias	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.	0,5% cobertura de la población

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 y transmasculinos de 25 a 64 años incorporar a exámenes de rutina PVC, definir estrategias territoriales para aumentar demanda	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años	De acuerdo a meta negociada
		Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía de screening en mujeres y transmasculinos a mujeres de 50 a 64 años y transmasculinos bajo control, de 35 y más años con factores de riesgo incorporar a exámenes de rutina PVC, definir estrategias territoriales para aumentar demanda	Porcentaje de cobertura de mujeres y transmasculinos de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	Aumentar en un 10%
	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Aumentar cobertura base lograda en 2021 en Regulación de Fecundidad en mujeres y transmasculino de 20 a 44 años en control en el PSCV.	Aumentar en un 5%
				Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	
	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 y derivar los alterados para ingreso a programa de salud mental	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	100%
				Porcentaje de las gestantes con diagnóstico confirmado de Depresión ingresadas a Salud Mental.	100%
	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	90%
	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad.	Incorporar la solicitud y toma de VIH y VDRL, en población bajo control, como parte de la batería de exámenes de rutina, en el PCV 2.- Incorporar la solicitud rutinaria y toma de VIH y VDRL, en los exámenes preventivos de la adultez (EMPA) y de la adultez mayor (EMPAM)	N° de VIH y VDRL	Establecer línea base

	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 integral del climaterio	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	Aumentar en un 15% la cobertura del Control Integral de climaterio en mujeres inscritas de 45 a 64 años.
	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial en personas de 20 a 64 años.	Controles integral, control cardiovascular, control remoto y seguimiento, taller	Porcentaje de cobertura efectiva DM 2 y HTA	De acuerdo a meta negociada
TRATAMIENTO	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Brindar atención integral a personas con multi morbilidad crónica	Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en personas con enfermedades crónicas	Porcentaje de personas con multimorbilidad con Tto. Farmacológico por 60 días	línea base
	Aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multi morbilidad crónica	Atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad Crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad que ingresan al programa	incrementar cobertura en un 10%
				Porcentaje usuarios G3 que reciben control integral con plan de intervención acorde a la gestión local del equipo	Establecer línea base e
	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 de control personas con multimorbilidad crónica Atención Integral 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 y otras actividades de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de 25 a 64 años con énfasis en la intervención grupal	Concentración entre 8 y 12 de controles.
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas 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.	17% cobertura de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prev.

	Disminuir la incapacidad	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.	Atención integral en Control crónico integral a usuarios con dependencia severa en atención domiciliaria con plan de cuidados (plan de intervención).	Controles realizados a usuarios con dependencia severa que tienen plan de intervención.	60% de pacientes con control crónico en VD.
		Mejorar la resolutividad de la atención con estrategia de tele consultoría de especialidades	Ampliar la oferta de atención en telemedicina con especialidades	Número de nuevas especialidades en tele consultoría	Línea base
	Mejorar la resolutividad en APS	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	10% pacientes EPOC BC
<b>REHABILITACION</b>	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	10% pacientes EPOC BC

## 6.5 PLANIFICACIÓN 2022 CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
<b>PROMOCIÓN</b>	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	Mantener o aumentar en un 5% respecto a 2021

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	De acuerdo a meta negociada
	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 Polisacarida, 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	35%
		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	80%
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PCV	Detección temprana de la ERC, aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" alas personas mayores en control de salud cardiovascular, solicitar de examen de función renal	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	90%	
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 65 y más años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas mayores con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de cuidados (plan de intervención) según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	90%

		Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 y más años en control en el PSCV.	Pacientes adultos de 65 y más años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 y más años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	90%
TRATAMIENTO	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de Diabetes mellitus e Hipertensión Arterial en personas de 20 a 64 años.	Controles integral, control cardiovascular, control remoto y seguimiento, taller	Porcentaje de cobertura efectiva DM 2 y HTA	De acuerdo a meta negociada
	Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas	Brindar atención integral a personas con multi morbilidad crónica	Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en personas con enfermedades crónicas	Porcentaje de personas con multimorbilidad con Tto. Farmacológico por 60 días	línea base
	Aumentar la sobrevivencia y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multi morbilidad crónica	Atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad Crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad que ingresan al programa	incrementar cobertura en un 10%
				Porcentaje usuarios G3 que reciben control integral con plan de intervención acorde a la gestión local del equipo	Establecer línea base e
	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas de 65 y más años con trastornos mentales	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas	Cobertura de atención Integral a personas mayores con trastornos mentales.	17% cobertura de la población potencial con trastornos mentales en personas mayores
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de que cuentan con programa de Rehabilitación Pulmonar	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	10% pacientes EPOC BC

## 6.6 PLANIFICACIÓN 2022 ATENCIÓN DENTAL EN EL CICLO DE VIDA

Para el año 2022 los enfoques estarán puestos en el objetivo de las metas sanitarias, destinadas a la mantención de una población bajo control y con énfasis en niñas y niños libres de caries:

- Implementar en la comuna los controles odontológicos en al menos un 35% de cobertura en población de 0 a 9 años, los cuales permiten implementar promoción de salud y prevención de patologías bucales según riesgo de enfermar, favoreciendo también la detección precoz de cualquier anomalía o patología bucal que pudiera presentarse, permitiendo controlarlas en sus etapas iniciales.
- Mantener o aumentar la línea base 2021 de niños y niñas de 6 años libres de caries.
- Implementar una estrategia de odontología comunitaria infantil, que busque enfrentar de mejor manera el control del daño detectado en la población infantil.

### INFANTIL

Programa	Población Objetivo	Objetivo	Prestaciones
Programa con Enfoque de Riesgo Odontológico CERO	Niños de 6 meses de edad hasta los 9 años.	Definir estrategias de promoción y prevención en salud bucal según riesgo y daño detectado.	Componente promoción y prevención en salud oral. Aplicación de Pauta con enfoque de riesgo, estrategias de prevención.
Consulta de morbilidad odontológica	Niños de 6 meses de edad hasta los 9 años.	Dar solución a un problema de salud oral.	Consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 9 años.
GES 6 años	Niños desde los 6 años hasta los 6 años 11 meses y 30 días de edad.	Tratamiento odontológico integral restaurador y preventivo.	Componente promoción, prevención Entrega de kit higiene oral Componente restaurador.
Sembrando Sonrisas	Niños y niñas de 2 a 5 años 11 meses pertenecientes a JUNJI, Fundación Integra y niveles prekínder y kínder (NT1-NT2) de escuelas municipalizadas y subvencionadas.	Promoción de hábitos saludables y prevención con aplicación de medidas de protección específicas	Examen de Salud Oral Aplicación de flúor Barniz Entrega de kit de higiene (4 Cepillos dentales – 1 pasta de 1000 ppm)
Fortaleciendo Sonrisas	Niños y niñas 2 a 5 años 11 meses pertenecientes a JUNJI, Fundación Integra y niveles prekínder y kínder (NT1-NT2) de escuela municipalizadas y subvencionadas.	Tratamiento odontológico a nivel comunitario a los niños diagnosticados con lesiones de caries en el programa Sembrando Sonrisas por medio de la técnica atraumática restauradora (ART).	Componente restaurador técnica ART

## ADOLESCENTE

Programa	Población Objetivo	Objetivo	Prestaciones
Programa con Enfoque de Riesgo Odontológico CERO	Población de 10 a 19 años con o sin patologías orales.	Promover hábitos saludables y disminuir los factores de riesgo de caries en adolescentes.	Componente promoción y prevención en salud oral. Aplicación de Pauta con enfoque de riesgo, estrategias de prevención.
Consulta de morbilidad odontológica	Población de 10 a 19 años.	Dar solución a un problema de salud oral.	consultas de morbilidad odontológica en población de 10 a 19 años
Atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media y/o su equivalente	Alumnos de 1° a 4° Medio colegios municipales	Contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en APS de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal.	Tratamiento integral que incluye examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y actividades recuperativas.
GES odontológico integral de la Embarazada*	Dirigido a todas las embarazadas adolescentes beneficiarias de la comuna	Contribuir a mejorar el acceso a la atención odontológica en APS de los grupos más vulnerables y con alta carga de enfermedad bucal.	Alta dental APS. Derivación a HBLT Especialidades de endodoncia, periodoncia y prótesis removible según necesidad.

\*Programa que cubre atención odontológica de toda mujer embarazadas (adolescentes y adultas)

## ADULTO Y ADULTO MAYOR

La atención odontológica de la población adulta se centrará en atenciones de urgencia odontológica y en consultas de morbilidad odontológica para mayores de 20 años que tiene por finalidad dar solución a un problema de salud oral específico la cual se otorgará mayoritariamente en los Centros de Salud Familiar en horario de Extensión Horaria, a través del formato Hora Fácil.

También se incluirá a la población adulta en los distintos programas que se desarrollan en el Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas Villa Sur (CEMO Villa Sur).

Programa	Población Objetivo	Objetivo	Prestaciones
Programa Hombres de Escasos Recursos	Hombres mayores de 20 años de grupos vulnerables o inscritos en LE de la comuna	Mejorar y mantener la salud bucal de los hombres mayores de 20 años	Educación, entrega gratuita de set de higiene dental, fluorización, alta dental APS y atención en las especialidades de endodoncia, periodoncia y prótesis removible.
Programa Mas Sonrisas para Chile	Mujeres mayores 20 años de grupos vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de las mujeres mayores de 20 años	Educación, entrega gratuita de set de higiene dental, fluorización, alta dental APS y atención en las especialidades de endodoncia, periodoncia y prótesis removible.

Programa Atención Odontológica de Paciente Dependiente Severo y su Cuidador	Beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria que no pueden acudir a su Centro de Salud	Mejorar y mantener la salud bucal de pacientes beneficiarios del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa	Educación, entrega gratuita de set de higiene dental y resolución de la consulta inmediata
Programa Adulto GES 60 años	Pacientes de 60 años inscritos en la comuna	Asegurar la atención odontológica integral a los adultos de 60 años	Educación, entrega gratuita de set de higiene dental, alta dental APS y atención en las especialidades de endodoncia y prótesis removible.
Programa Endodoncia Resolutividad	Pacientes mayores de 15 años en LE comunal	Aumentar la resolutividad de APS con el acceso a tratamientos endodónticos	Tratamiento de endodoncia de piezas anteriores, premolares y molares.
Programa Prótesis Removible Resolutividad	Pacientes mayores de 20 años en LE comunal	Aumentar la resolutividad de APS con el acceso a tratamientos protésicos	Tratamiento rehabilitador con prótesis removibles totales o parciales
Programa Periodoncia Resolutividad	Pacientes mayores de 20 años en LE comunal (priorizándose a pacientes diabéticos del bajo control del PSCV)	Aumentar la resolutividad de APS con el acceso a tratamientos periodontales	Tratamiento periodontal
Programa de Morbilidad	dirigido a pacientes mayores de 20 años que por motivo de trabajo u otra situación pueden acudir en horario de extensión a los Centros de Salud y CEMO	Aumentar el acceso a la atención de morbilidad odontológica en población igual o mayor de 20 años en horarios compatibles con el usuario en modalidad de extensión horaria según programación	Actividades de morbilidad odontológica a población mayor de 20 años

#### CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y ODONTOLÓGICAS Villa Sur

Los Programas que se ejecutan en el CEMO a través de los convenios con el SSMS son los siguientes:

- Sembrando Sonrisas
- Odontológico Integral: busca entregar altas odontológicas integrales en ciertos grupos etarios según los siguientes componentes:
  - Componente Más Sonrisas para Chile:
  - Componente Hombre Escasos Recursos
  - Componente Atención Odontológica Integral Alumnos de Enseñanza Media
  - Componente Atención Odontológica integral Paciente Dependiente Severo
  - GES odontológico
  - Componente adulto 60 años.
  - Componente Urgencia dental.

- Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica: Convenio que busca aumentar la Resolutividad y aumentar las atenciones odontológicas en horarios de extensión, tiene los siguientes componentes:
  - Componente Resolutividad Endodoncia.
  - Componente Resolutividad Prótesis
  - Componente Resolutividad Periodoncia
  - Componente Morbilidad

Debido a la pandemia varias líneas de trabajo año 2020-2021 se debieron postergar, el próximo año el énfasis estará puesto en:

- Lograr aumentar la oferta de atención en los Convenios GES 60 Años, Más Sonrisas Para Chile y Hombre Escasos Recursos, permitiendo de esta forma mejorar la cobertura de estos grupos objetivos.
- Lograr aumentar oferta en Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia permitiendo mejorar la Resolutividad en estas prestaciones.
- Lograr convenio para atenciones de usuarios derivados a Cirugía Bucal para resolución de patologías derivadas por los terceros molares.

## 6.7 PLANIFICACIÓN 2022 COSAM

### PLANIFICACIÓN PARA POBLACIÓN INFANTO – JUVENIL

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Realizar ciclo de Taller de Apoyo a cuidadores de NNAJ	N° de talleres de Apoyo a cuidadores de NNAJ presenciales o remotas realizados en el periodo / N° de talleres de Apoyo a cuidadores de NNAJ presenciales o remotas programados en el periodo) x 100	1 2
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud.	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) a población infanto juvenil mediante educación grupal	Talleres preventivos presenciales o remotas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) a población infanto juvenil preferencialmente en el ámbito educacional (escuelas, liceos).	N° de talleres presenciales o remotos realizados en el ámbito educacional en el periodo / N° de talleres presenciales o remotos realizados en el ámbito educacional programados en el periodo) x 100	4

PREVENCIÓN	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en población infanto juvenil en el contexto del control de salud del niño/a sano	Realizar derivación de niñas, niños y jóvenes para realización de control de salud infantil en CESFAM correspondiente	N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control derivada para realización de control de salud infantil en CESFAM / N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control *100	30%
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población infanto juvenil	Brindar atención integral y oportuna a población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales	N.º de controles de Salud Mental totales realizados / N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control *100	Concentración entre 6 y 12 de controles anuales
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población infanto juvenil	Brindar atención integral y oportuna a población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	N.º de controles de Salud Mental totales realizados / N.º población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas inscrita validada bajo control *100	Concentración entre 24 y 48 de controles anuales
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población infanto juvenil	Promover la participación de familiares de niños y jóvenes con patologías de salud mental, en los procesos de tratamiento, a fin de apoyar en la estabilización, mantención y mejoría integral.	N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control con intervenciones familiares individuales o grupales presenciales o remotas / N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control *100	50% de los usuarios bajo control reciben intervenciones familiares durante el período de un año.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de consultorías programadas en el periodo x 100	48
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población infanto juvenil	Brindar atención integral y oportuna a población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	N.º población infanto juvenil inscrita validada bajo control con PCI / N.º de población infanto juvenil inscrita validada bajo control *100	40% de la población infanto juvenil bajo control cuentan con Plan de Cuidados Integrales vigente durante el período de un año.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de población infanto juvenil con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Nº usuarios población infanto juvenil egresados por alta terapéutica (año vigente) / Nº usuarios población infanto juvenil bajo control (año vigente)	Alcanzar un 10%

PLANIFICACIÓN 2021 PARA POBLACIÓN ADULTA Y ADULTA MAYOR

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
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 Preventivo del Adulto (EMPA) en personas adultas	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	N.º población adulta inscrita validada bajo control con EMPA vigente / N.º de personas adultas inscrita validada bajo control *100	50% de las personas bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de discapacidad psíquica e intelectual, 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	N.º de cuidadores de personas en situación en situación de discapacidad psíquica e intelectual evaluados con Escala de Zarit / N.º de cuidadores de personas en situación en situación de discapacidad psíquica e intelectual*100	Al menos el 70% de los cuidadores de personas en situación de discapacidad psíquica e intelectual han sido evaluados con Escala de Zarit
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta	Atención integral y oportuna por salud mental a personas adultas, que presenten problemas o trastornos mentales	N.º de controles de Salud Mental totales realizados / N.º de personas adultas inscrita validada bajo control	Concentración entre 4 y 8 de controles anuales
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta	Brindar atención integral y oportuna a población adulta con problemas o trastornos mentales por consumo problemático de alcohol y otras drogas	N.º de controles de Salud Mental totales realizados / N.º de personas adultas con problemas o trastornos mentales por consumo problemático de alcohol y otras drogas, inscrita validada bajo control	Concentración entre 24 y 48 de controles anuales
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta	Promover la participación de usuarios con patologías de salud mental en actividades grupales, a fin de apoyar en la estabilización, mantención y mejoría integral.	N.º población adulta inscrita validada bajo control con intervenciones grupales presenciales o remotas / N.º de personas adultas inscrita validada bajo control *100	30% de los usuarios bajo control reciben intervención grupal presencial o remota durante el período de un año.

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta	Promover la participación de familiares de usuarios con patologías de salud mental, en los procesos de tratamiento, a fin de apoyar en la estabilización, mantención y mejoría integral.	N.º población adulta inscrita validada bajo control con intervenciones familiares individuales o grupales presenciales o remotas / N.º de personas adultas inscrita validada bajo control *100	30% de los usuarios bajo control reciben intervenciones familiares presenciales o remotas durante el período de un año.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de actividades de consultorías programadas en el periodo) x 100	48
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	N.º población adulta inscrita validada bajo control con PCI / N.º de personas adultas inscrita validada bajo control *100	40% de las personas adultas bajo control cuentan con Plan de Cuidados Integrales vigente durante el período de un año.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a población adulta con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de población adulta con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y drogas	Nº usuarios población adulta egresados por alta terapéutica (año vigente) / Nº usuarios población adulta bajo control (año vigente)	Alcanzar un 10%

## 6.8 PLANIFICACIÓN 2022 EJE PROMOCIONAL PREVENTIVO CON ENFOQUE COMUNITARIO - COMUNA SALUDABLE

OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD
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	<p>Dos Rutas saludable masivas por territorio CESFAM en alimentación saludable Una con población infantil - adolescentes y otra con adultos. En coordinación con promoción comunal, programas por ciclo, intersector y activos comunitarios</p> <p>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SALUD MENTAL SALUD ORAL – ALIMENTACIÓN</p> <p>Dos Intervenciones de rutas saludables en establecimientos educacionales en espacios amigables o del territorio</p> <p>Dos Eventos masivos semestral programa elige vida sana (hitos)</p>

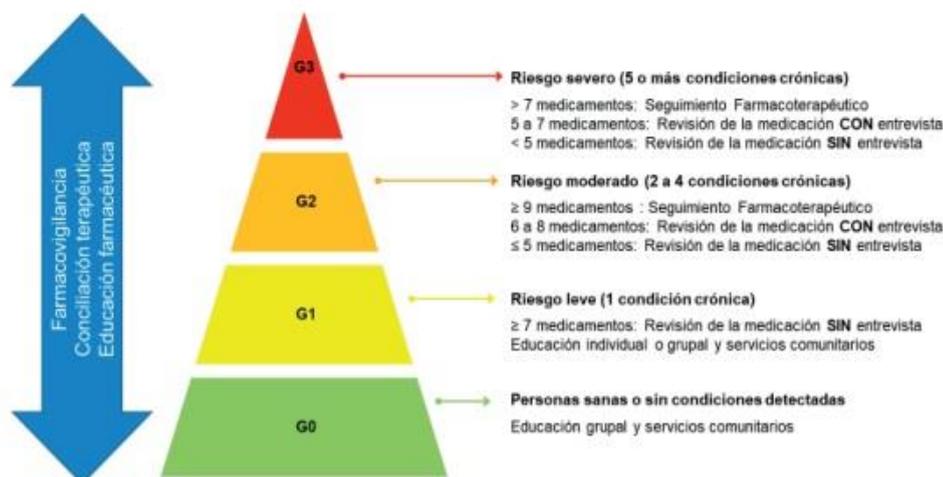
Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de las personas a entornos saludables a través de acciones de educación para la Salud	Dos (2) Rutas saludable territorios de CESFAM en las temáticas planteadas (grupos según priorización y en el marco de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona).  Trabajo con jardines Infantiles y escuelas del programa elige vida sana y promoción de salud
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar Planes de emergencias en los Establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo con guía de planes emitido por MINSAL. Considerando elementos como la participación ciudadana, su articulación con el plan de emergencia comunal y la priorización de grupos específicos de mayor vulnerabilidad, a través de herramientas como mapeo colectivo del riesgo.
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Capacitar a equipos de APS en las temáticas de gestión del riesgo de desastres en salud con pertinencia local. (temáticas en matriz)
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Implementar Estrategia de Comunicación del riesgo comunal
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud
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	Instalar una Mesa de trabajo intersectorial para la definición de líneas de trabajo en Plan trienal de Promoción de la salud 2022-2024 : Iniciativa de desarrollo estrategia municipio – comuna saludable Incluir líneas de regulación municipales
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.
Aumentar prevalencia de personas con Factores	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”

Protectores para la salud		
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” Mesa de trabajo para El fortalecimiento del MAIS que oriente la Escuela de líderes Comunitarios y la Escuela de funcionarios  Diseñar propuesta coordinada con capacitación para escuela permanente para Escuela Comunal de Salud para funcionarios públicos
Mitigar los efectos en la morbimortalidad 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.  Se incluirá en la capacitación de la Escuela Comunal para funcionarios públicos
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	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  Se incluirá en la capacitación de la Escuela Comunal para funcionarios públicos.
Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar análisis de riesgo local de emergencias y desastres local
Enfatizar en el desarrollo del componente promocional preventivo con enfoque comunitario	Fortalecer la articulación intrasector programas y red local	Articulación y mejoramiento continuo de la gestión de programas por ciclo Reuniones de gestión (planificación, seguimiento y control) calendarizadas tres (3) por año.  Diseño de campaña comunicacional promocional – preventiva de difusión de los programas  Documento impreso, digital y video para difusión entre equipos, comunidad e intersector
Aumentar prevalencia de personas con Factores	Articular los programas promocionales – preventivos en la gestión de la participación social en salud de acuerdo con los	Agenciamiento de la participación social en salud acorde a diagnósticos participativos y componentes promocionales preventivos con enfoque comunitario Gestión de cuatro planes

Protectores para la salud	diagnósticos participativos en salud y las líneas de trabajo del plan de salud	de participación en salud por CESFAM con las especificaciones locales y del SSMS.
Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud MAIS	Aumentar el acceso de personas a la oferta de salud en el territorio	Implementación de la atención y los cuidados integrales en salud en el territorio Instalación de un nodo territorial de trabajo por CESFAM con oferta de acciones promocionales – preventivas y de tratamiento (evaluar tipo de oferta y prestaciones)  Piloto de para la Estrategia de Cuidados Integral Centrada en las Personas y sus Familias  Piloto de Nodo territorial (espacio amigable) para adolescente y/o juventudes
Fortalecimiento del Modelo de Atención en Salud MAIS	Promover la atención y los cuidados integrales en salud en el territorio	Desarrollo plan de trabajo según planificación *Mesa de trabajo comunitaria (lideres) *Consolidación de mapeo de activos comunitarios *Identificación y caracterización de activos *Georreferenciación de activos en mapas vs. usuarios *Piloto de prescripción social y redes de cuidado comunitario *Gestión de capacitación a los funcionarios a través de escuela de capacitación con funcionarios.

## 6.9 GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS 2022

En el contexto de la pandemia del SARS-COV 2, ha sido necesario reorganizar los Servicios farmacéuticos, considerando el nuevo y desafiante escenario epidemiológico y sanitario que se presenta. Por lo cual se potenciará el manejo interdisciplinario de las personas y el uso racional de medicamentos a través de la atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico en aquellas personas con condiciones crónicas, de mayor complejidad, descompensados, que presentan polifarmacia y/o falta de adherencia, esto en el contexto de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en pacientes con multimorbilidad. En la siguiente figura se resumen los servicios profesionales farmacéuticos sugeridos según la categorización de riesgo y el número de medicamentos diarios utilizados por la persona.



(1) ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD, MINSA 2021

Para complementar las actividades realizadas en Atención Farmacéutica, se realizarán educaciones en diferentes instancias con los pacientes y comunidad. Teniendo en cuenta la nueva realidad en la que nos encontramos, proponemos que algunas de las actividades se realicen de forma presencial y otras en forma remota o por medio de plataformas virtuales.

Además se realizarán capacitaciones e inducciones a los funcionarios de procesos y actividades propias de la Unidad de Farmacia, como también temas relacionados con los medicamentos como: uso seguro de fármacos, prescripciones adecuadas, posibles efectos adversos asociados a medicamentos de mayor uso detectados en Farmacia Popular, enfocada en el uso prolongado sin supervisión médica; Uso correcto de formas farmacéuticas especiales; Almacenamiento de medicamentos.

Se continuará con las actividades y atenciones, de entrega de los servicios farmacéutico a domicilio, en este contexto se realizará entrega de los medicamentos a pacientes que tienen dificultad para retirar sus medicamentos del establecimiento y que son priorizados de acuerdo con criterios definidos. Se utilizará herramientas que nos permitan conocer el uso y adherencia de los medicamentos de las personas y poder rescatar a los pacientes que no han tenido atenciones los últimos años.

El despacho de medicamentos ha sido exitoso ya que durante el año 2020 se realizaron 25.713 entregas de recetas a domicilio y el año 2021 a septiembre se han realizado 20.953 donde en algunos casos se incluyen medicamentos para dos meses actividad, evaluada positivamente por la comunidad.

## 7. PRESUPUESTO

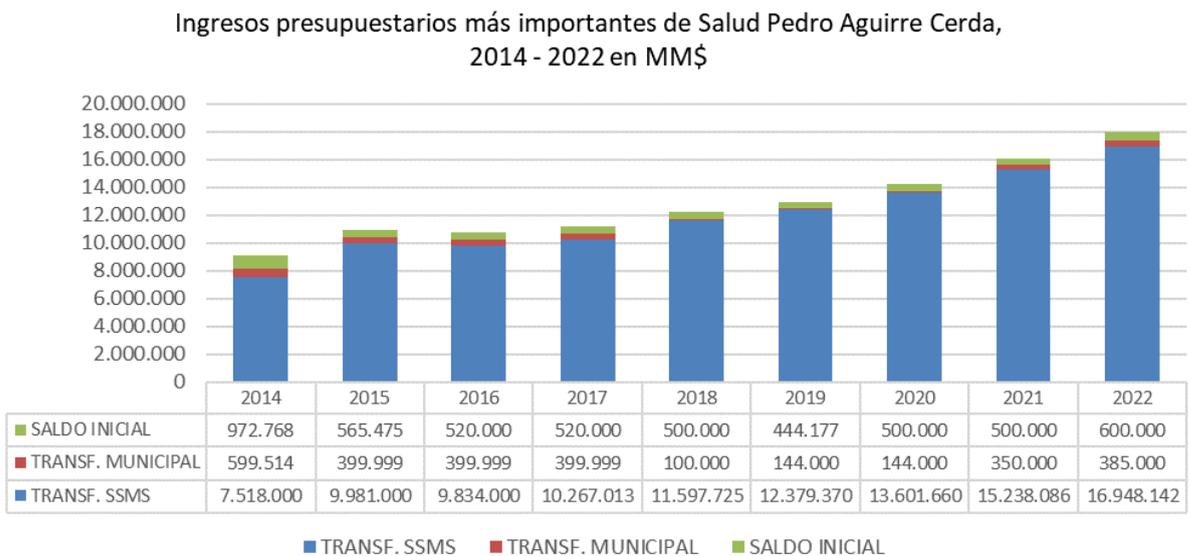
### 7.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA PRESUPUESTO COMUNAL

El presupuesto de salud se incrementa por el aumento de la población inscrita validada, variación de reajuste de valor per cápita unitaria y a la incorporación de nuevos programas financiados por el Ministerio de Salud.



Fuente Departamento de Finanzas 2021

En los ingresos se observa un aumento significativo de la remesa y programas enviados por el MINSAL, como se ve el gráfico siguiente:



Fuente Departamento de Finanzas 2021

El gasto total en personal para el año 2022 representa un 81% del gasto total, mientras que el gasto en bienes y servicios corresponde al 17%.

Por su parte, la proporción del gasto en personal en el ítem Honorarios ha aumentado, en gran medida asociado a los nuevos programas y estrategias asociados a COVID 19 y estrategias de vacunación.



Fuente: Departamento de Finanzas 2021

El gasto en bienes y servicios de consumo también considera el impacto de la pandemia: nuevas prestaciones, insumos y fármacos para la atención en salud.

GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO PERIODO 2014 - 2022 M\$									
ITEMS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CONSUMOS BASICOS	105.290	94.075	133.234	216.720	227.805	228.562	220.167	221.000	253.000
PRODUCTOS QUIMICOS, FARMACEUTICOS Y QUIRURGICOS	533.986	614.175	582.790	779.714	700.234	812.344	900.147	1.029.318	1.031.694
COMBUSTIBLE Y MANTENIMIENTO	35.942	96.144	111.829	344.011	202.238	129.984	115.127	393.190	393.067

Fuente Departamento de Finanzas 2021

AREA SALUD : INGRESOS PRESUPUESTO 2022	
DENOMINACION	PRESUPUESTO 2022
<b>INGRESOS</b>	<b>\$ 18.910.397.000</b>
<b>DEL SERVICIO DE SALUD</b>	<b>\$ 16.948.142.000</b>
<b>ATENCIÓN PRIMARIA LEY N° 19.378, ART. 49°</b>	<b>\$ 16.641.966.000</b>
REMESA PERCÁPITA	\$ 11.565.947.000
CONDUCTORES	\$ 11.440.000
ANTICIPO APORTE INCENTIVO LEY 20157 Y 20250	\$ 419.699.000
OTROS	\$ -1.407.000
DESCUENTO ADELANTO RETIRO VOLUNTARIO LEY 20157	\$ -78.878.000
ASIGNACIÓN DESEMPEÑO COLECTIVO FIJO	\$ 526.000.000
DESEMPEÑO COLECTIVO VARIABLE	\$ 607.000.000
SAPU ADD	\$ 11.976.000
SAPU	\$ 284.011.000
INTEGRACION DIFERENCIAL SBMN LEY 19.813	\$ 41.106.000
CECOSF	\$ 74.670.000
ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL	\$ 61.176.000
<b>INGRESOS PROGRAMAS</b>	
INGRESOS DEL ODONTOLÓGICO INTEGRAL	\$ 202.003.000

INGRESOS DEL PROGRAMA RESOLUTIVIDAD UAPO	\$	280.705.000
INGRESOS DEL PROGRAMA PRESTACIONES VALORADAS GES Y NO GES	\$	186.460.000
INGRESOS DEL PROGRAMA INTERVENCIONES BREVES EN ALCOHOL	\$	25.126.000
INGRESOS DEL PROGRAMA REHABILITACIÓN INTEGRAL	\$	124.358.000
INGRESOS DEL PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO	\$	80.963.000
INGRESOS DEL PROGRAMA VIDA SANA INTERVENCIONES EN FACTORES DE RIESGO	\$	120.958.000
INGRESOS DEL PROGRAMA APOYO A LA GESTIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA	\$	99.950.000
INGRESOS DEL PROGRAMA CONTROL DE SALUD DEL NIÑO Y NIÑA SANO	\$	29.593.000
INGRESOS DEL PROGRAMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA	\$	12.961.000
INGRESOS DEL PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	\$	26.820.000
INGRESOS DEL PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$	14.812.000
INGRESOS DEL PROGRAMA FONDO DE FARMACIA	\$	225.671.000
INGRESOS DEL PROGRAMA CAMPAÑA DE INVIERNO	\$	27.573.000
INGRESOS DEL PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA MEDICINA FAMILIAR	\$	352.123.000
INGRESOS DEL PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	\$	149.302.000
INGRESOS DEL PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	\$	227.834.000
INGRESOS DEL PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	\$	19.957.000
INGRESOS DEL PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO	\$	118.437.000
INGRESOS DEL PROG. ACCESO A LA AT. DE SALUD A PERSONAS INMIGRANTES	\$	16.500.000
INGRESOS TECNICO ADMINISTRATIVO NIVEL SUPERIOR CATEGORIA C	\$	25.860.000
INGRESOS DEL PROG. PILOTO DE ACOMPAÑAMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS	\$	61.853.000
INGRESOS DEL PROG. SAR	\$	750.583.000
<b>OTROS APORTES</b>	<b>\$</b>	<b>306.176.000</b>
AGUINALDOS	\$	58.000.000
BONO ESPECIAL	\$	165.000.000
BONO ESCOLAR	\$	22.000.000
<b>DE LA MUNICIPALIDAD</b>	<b>\$</b>	<b>385.000.000</b>
DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTIÓN	\$	385.000.000
<b>VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>\$</b>	<b>402.255.000</b>
RECAUDACION CENTROS DE SALUD	\$	9.255.000
INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C.	\$	390.000.000
INGRESOS FARMACIA COMUNAL P.A.C. SUBSIDIO	\$	3.000.000
<b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>\$</b>	<b>575.000.000</b>
<b>RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS</b>	<b>\$</b>	<b>520.000.000</b>
RECUPERACIONES ART. 12 LEY Nº 18.196 Y LEY Nº 19.117, ART. ÚNICO	\$	520.000.000
<b>OTROS</b>	<b>\$</b>	<b>55.000.000</b>
DEVOLUC. Y REINTEGROS NO PROVENIENTES DE IMPUESTOS	\$	35.000.000
OTROS	\$	20.000.000
<b>INGRESOS POR ALUMNOS EN PRACTICA</b>	<b>\$</b>	<b>20.000.000</b>
<b>SALDO INICIAL DE CAJA</b>	<b>\$</b>	<b>600.000.000</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>\$</b>	<b>18.910.397.000</b>

Fuente Departamento de Finanzas 2021

<b>DENOMINACION</b>	<b>PRESUPUESTO 2022</b>
GASTOS EN PERSONAL	\$ 15.325.266.000
PERSONAL DE PLANTA	\$ 6.073.246.000
PERSONAL A CONTRATA	\$ 6.099.104.000
OTRAS REMUNERACIONES	\$ 56.573.000
OTROS GASTOS EN PERSONAL	\$ 3.096.343.000
BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$ 3.138.975.000
ALIMENTOS Y BEBIDAS	\$ 9.600.000
COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	\$ 14.193.000
MATERIALES DE OFICINA	\$ 15.500.000
PRODUCTOS QUIMICOS	\$ 32.000.000
PRODUCTOS FARMACEUTICOS	\$ 749.471.000
PRODUCTOS FARMACEUTICOS FARMACIA POPULAR	\$ 390.000.000
MATERIALES Y UTILES QUIRURGICOS	\$ 363.364.000
MATERIALES Y UTILES DE ASEO	\$ 45.000.000
INSUMOS, REP. Y ACCESORIOS COMP.	\$ 3.020.000
MAT. PARA MANT. Y REPAR. INMUEBLES	\$ 21.351.000
REPUESTOS Y ACC. MANT. Y REP. VEHICULOS	\$ 2.194.000
OTROS MATERIALES Y REPUESTOS	\$ 1.023.000
EQUIPOS MENORES	\$ 5.000.000
OTROS	\$ 117.794.000
ELECTRICIDAD	\$ 106.000.000
AGUA	\$ 30.000.000
GAS	\$ 14.000.000
TELEFONIA FIJA	\$ 103.000.000
MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICACIONES	\$ 22.000.000
MANT. Y REPARACION VEHICULOS	\$ 12.000.000
MANT. Y REP. DE MAQ. Y EQUIPOS DE OFICINA	\$ 3.450.000
MANT. Y REP. MAQUINAS Y EQUIPOS	\$ 341.424.000
PUBLICIDAD Y DIFUSION	\$ 10.974.000
SERVICIOS GENERALES	\$ 323.439.000
ARRIENDOS	\$ 46.500.000
SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	\$ 500.000
SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	\$ 47.961.000
OTROS GASTOS EN BS. Y SERV. DE CONSUMO	\$ 15.217.000
SERVICIO DE LABORATORIO	\$ 293.000.000
PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 419.700.000
DEVOLUCIONES	\$ 10.000.000
EQUIPOS INFORMATICOS	\$ 2.456.000
PROGRAMAS INFORMATICOS	\$ 14.000.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 18.910.397.000</b>

Fuente Departamento de Finanzas 2020

## 7.2 GESTIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

En el ámbito de la gestión de proyectos en salud, para el año 2022 están planificados:

### **AMPLIACION FARMACIA POPULAR.**

A fin de brindar un espacio de más amplio de atención al público y almacenaje que cumpla con las normas técnicas de funcionamiento para ampliar la variedad de fármacos e incluir insumos médicos y pañales dentro de sus productos que orienten hacia un ahorro económico en los vecinos de la comuna.

Proyecto estimado para ejecución 2022 \$59.541.700.-

Junto con la inversión en infraestructura, se constata que a a nivel del área sur, las Farmacias Populares mantienen un arsenal de aproximadamente 450 principios activos. La Farmacia Popular de PAC mantiene un arsenal de aproximadamente 250 principios activos. Con un mayor aporte se espera aumentar la diversificación de productos disponibles para los vecinos de PAC. Se proyecta un aumento de \$90.000.000 destinado a fortalecer el arsenal de productos de Farmacia Popular

### **MEJORAMIENTO DE INFRAESTRUCTURA CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN DEPARTAMENTAL ANTIGUO.**

Proyecto financiado a través de un Programa de Apoyo a la Gestión Local proveniente del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que permite aumentar espacios de atención, mejorar condiciones de seguridad y optimizar el acceso universal a los recintos. En consecuencia, fortalece la calidad en la atención e integralidad en el modelo de rehabilitación integral de base comunitaria.

Proyecto estimado para ejecución 2022 \$60.581.383.-

### **MEJORAMIENTO BOX DENTALES CENTRO DE ESPECIALIDADES VILLA SUR, CENTRO DE SALUD FAMILIAR AMADOR NEGhme, PADRE PIERRE DUBOIS Y EDGARDO ENRIQUEZ.**

La atención dental es una prestación de la canasta de atención primaria de bastante demanda por los usuarios y es un pilar fundamental en el modelo de salud familiar con su enfoque integral en los ámbitos de promoción y prevención. Por lo tanto, los esfuerzos se destinaron a mejorar las condiciones de infraestructura de las clínicas dentales del centro de especialidades Villa Sur, CESFAM Amador Neghme, Padre Pierre Dubois y Edgardo Enríquez.

Proyecto estimado de \$78.875.931, financiado a través de los Programas Mejoramiento al Acceso Odontológico y Odontológico Integral, ejecución 2021-2022. (separación de box)

### **AMPLIACIÓN Y MEJORAMIENTO DE SALA DE ESTERILIZACIÓN.**

Se realiza ampliación y mejoramiento a la infraestructura de la sala de esterilización del Centro de Salud Familiar Edgardo Enríquez para mantener la disponibilidad continua del instrumental utilizado en los procedimientos que pertenecen a la canasta de prestación de salud primaria.

Monto \$15.000.000, presupuesto salud 2022.

### **UNIDAD DE ATENCION OTORRINOLARINGOLOGICA EN ATENCION PRIMARIA (UAPORRINO)**

El proyecto de UAPORRINO viene destinado a habilitar recintos de atención clínica para la especialidad de otorrinolaringología para realizar evaluaciones y tratamiento de hipoacusia, síndrome vertiginoso y otitis. El equipamiento fue otorgado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur y se hacía necesario habilitar recintos para hacer uso de aquellos en el centro de especialidades Villa Sur.

Monto \$ 13.000.000, presupuesto salud 2022.

### **CLINICAS MOVILES.**

Con el objetivo de potenciar la salud comunitaria acercando la atención a las personas, se invertirá en la adquisición de clínicas móviles acondicionadas para prestar atención médica, procedimientos de enfermería, podología y procedimientos gineco-obstétricos en espacios territoriales de la comuna, iniciativa destinada a mejorar el acceso a la salud primaria de los usuarios de la comuna.

Se utilizarán las clínicas móviles como un espacio disponible para atender fuera de los Centros de Salud, facilitando el manejo de los aforos en los establecimientos. Por esto, a través de un sistema de rotación de Equipos, la clínica será operada en base a profesionales ya contratados en la comuna.

Monto del proyecto \$65.000.000, presupuesto de salud.

## **7.3 OTRAS AREAS DE REFORZAMIENTO y DESARROLLO EN PLAN DE SALUD 2022**

### **FORTALECIMIENTO PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.**

El año 2021 se ha contado con Programa de Apoyo a la Atención Domiciliaria proveniente de los Convenios de Refuerzo a la APS por Pandemia COVID.

Para el año 2022 se destina financiamiento para otorgar continuidad del Programa de Asistencia Domiciliaria, incorporando refuerzos en un equipo con

- 2 médicos – 2 enfermeras – 2 TENS
- Se mantendrá coordinación y continuidad de este recurso con las atenciones programadas desde los establecimientos de salud a personas con dependencia severa

### **DIVERSIFICAR LA OFERTA DE ATENCIONES MEDICAS y FORTALECER RESOLUTIVIDAD.**

En este ámbito, para el año 2022 se planifica incorporar en los Servicios de Salud de la Comuna, los siguientes mejoramientos:

- Incorporar servicios de Medico Ginecóloga por 33 horas semanales
- Ante la falencia de Médicos de Psiquiatría Infanto Juvenil (especialidad en crisis a nivel país se define la incorporación de 2 Médicos de Familia o Médicos Generales con experiencia en Psiquiatría Infanto Juvenil, para integrarse al COSAM PAC.
- Incorporar algunos procedimientos diagnósticos que mejorar la capacidad resolutive de la atención médica, tales como holter de presión arterial – informes de tele radiología en SAR – diversificar oferta de ecografía, aumentando con otros servicios de imagenología.

### **MANTENER Y MEJORAR LA DISPONIBILIDAD DE MOVILIZACION.**

En el curso de la situación de pandemia, se incorporaron contratos externos de arriendo de vehículos para traslado de Equipos de Salud a visitas domiciliarias y actividades en terreno.

Para el año 2022, se proyecta mantener estos recursos dando continuidad a estas acciones y se refuerza el financiamiento para disponer oferta de traslado de personas con movilidad reducida que requieren transporte hacia los Centros de Salud Comunes.

## 8. DOTACIÓN DE SALUD

Para el año 2022 se ha previsto que la entidad administradora requiere una dotación 29.062 horas semanales, que equivalen a un total de 660.5 jornadas de 44 horas semanales, para el funcionamiento de los centros de salud municipal de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

COMUNA PEDRO AGUIRRE CERDA			
Dotación Propuesta Año 2022			
Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	59	2596
	CIRUJANO DENTISTA	34	1496
	QUIMICO FARMACEUTICO	7	308
B	ASISTENTE SOCIAL	31	1364
	ENFERMERA	38	1672
	KINESIOLOGO	34	1496
	MATRONA	28	1232
	NUTRICIONISTA	23,5	1034
	PSICOLOGO	31	1364
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	11	484
	INGENIERO	7	308
	INFORMATICO BIOMEDICO	1	44
	EDUCADOR	4	176
	CONTADOR AUDITOR	3	132
	ADMINISTRADOR PUBLICO	3	132
	TECNOLOGO MEDICO	3	132
	FONOAUDIOLOGO	2	88
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	5	220
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	152	6688
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	44	1936
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	11	484
E	ADMINISTRATIVO	42	1848
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	87	3828
		660,5	29062

DEPARTAMENTO DE SALUD Dotación Propuesta Año 2022			
Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	2	88
	CIRUJANO DENTISTA	0	0
	QUIMICO FARMACEUTICO	2	88
B	ASISTENTE SOCIAL	4	176
	ENFERMERA	4	176
	KINESIOLOGO	1	44
	MATRONA	2	88
	NUTRICIONISTA	0	0
	PSICOLOGO	0	0
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44
	INGENIERO	5	220
	INFORMATICO BIOMEDICO	1	44
	EDUCADOR	0	0
	CONTADOR AUDITOR	3	132
	ADMINISTRADOR PUBLICO	3	132
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	2	88
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	4	176
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	10	440
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	0	0
E	ADMINISTRATIVO	6	264
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	5	220
		55	2420

**CESFAM DR. AMADOR NEGhme R.  
Dotación Propuesta Año 2022**

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	16	704
	CIRUJANO DENTISTA	7	308
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	7	308
	ENFERMERA	8	352
	KINESIOLOGO	7	308
	MATRONA	9	396
	NUTRICIONISTA	6	264
	PSICOLOGO	6	264
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	88
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	1	44
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	1	44
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	34	1496
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	8	352
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	2	88
E	ADMINISTRATIVO	8	352
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	21	924
		<b>144</b>	<b>6336</b>

**CESFAM PADRE PIERRE DUBOIS**  
Dotación Propuesta Año 2022

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	13	572
	CIRUJANO DENTISTA	6	264
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	6	264
	ENFERMERA	6	264
	KINESIOLOGO	7	308
	MATRONA	6	264
	NUTRICIONISTA	7,5	330
	PSICOLOGO	6	264
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	1	44
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	1	44
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	1	44
	C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	36
TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR		8	352
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	2	88
E	ADMINISTRATIVO	6	264
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	12	528
		126,5	5566

**CESFAM EDGARDO ENRIQUEZ FRÖEDDEN**  
Dotación Propuesta Año 2022

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	12	528
	CIRUJANO DENTISTA	5	220
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	4	176
	ENFERMERA	7	308
	KINESIOLOGO	8	352
	MATRONA	5	220
	NUTRICIONISTA	4	176
	PSICOLOGO	4	176
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	1	44
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	26	1144
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	6	264
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	5	220
E	ADMINISTRATIVO	8	352
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	15	660
		<b>112</b>	<b>4928</b>

**CESFAM LO VALLEDOR NORTE**  
**Dotación Propuesta Año 2022**

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	9	396
	CIRUJANO DENTISTA	6	264
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	4	176
	ENFERMERA	5	220
	KINESIOLOGO	6	264
	MATRONA	5	220
	NUTRICIONISTA	4	176
	PSICOLOGO	3	132
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	1	44
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	21	924
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	5	220
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	0	0
E	ADMINISTRATIVO	4	176
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	9	396
		<b>84</b>	<b>3696</b>

**CECOSF Dr. MIGUEL ENRIQUEZ ESPINOSA**  
**Dotación Propuesta Año 2022**

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	3	132
	CIRUJANO DENTISTA	0	0
	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	1	44
	ENFERMERA	2	88
	KINESIOLOGO	0	0
	MATRONA	1	44
	NUTRICIONISTA	1	44
	PSICOLOGO	1	44
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	0
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	0	0
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	3	132
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	2	88
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	1	44
E	ADMINISTRATIVO	1	44
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	3	132
		<b>19</b>	<b>836</b>

**CENTRO ESPECIALIDADES VILLA SUR**  
Dotación Propuesta Año 2022

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	0	0
	CIRUJANO DENTISTA	10	440
	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	0	0
	ENFERMERA	1	44
	KINESIOLOGO	5	220
	MATRONA	0	0
	NUTRICIONISTA	0	0
	PSICOLOGO	0	0
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	88
	INGENIERO	1	44
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	0	0
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	2	88
	FONOAUDIOLOGO	1	44
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	17	748
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	3	132
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	1	44
E	ADMINISTRATIVO	4	176
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	7	308
		<b>55</b>	<b>2420</b>

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL - COSAM			
Dotación Propuesta Año 2022			
Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	2	88
	CIRUJANO DENTISTA	0	0
	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	5	220
	ENFERMERA	3	132
	KINESIOLOGO	0	0
	MATRONA	0	0
	NUTRICIONISTA	1	44
	PSICOLOGO	11	484
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	3	132
	INGENIERO	1	44
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	0	0
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	2	88
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	7	308
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	2	88
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	0	0
E	ADMINISTRATIVO	4	176
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	11	484
		52	2288

**SAR DR AMADOR NEGHME**  
**Dotación Propuesta Año 2022**

Categoría	Profesión	Nº jornadas de 44 hrs/sem	Nº total hrs. Semanales
A	MEDICO CIRUJANO	2	88
	CIRUJANO DENTISTA	0	0
	QUIMICO FARMACEUTICO	0	0
B	ASISTENTE SOCIAL	0	0
	ENFERMERA	2	88
	KINESIOLOGO	0	0
	MATRONA	0	0
	NUTRICIONISTA	0	0
	PSICOLOGO	0	0
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	0
	INGENIERO	0	0
	INFORMATICO BIOMEDICO	0	0
	EDUCADOR	0	0
	CONTADOR AUDITOR	0	0
	ADMINISTRADOR PUBLICO	0	0
	TECNOLOGO MEDICO	0	0
	FONOAUDIOLOGO	0	0
	PROFESOR EDUCACION FISICA/TERAPEUTA ACTIVIDAD FISICA	0	0
C	TECNICO DE NIVEL SUPERIOR	4	176
	TECNICO ADMINISTRATIVO DE NIVEL SUPERIOR	0	0
D	PARAMEDICO ENFERMERIA	0	0
E	ADMINISTRATIVO	1	44
F	AUXILIAR DE SERVICIOS	4	176
		<b>13</b>	<b>572</b>

## 9. PLAN DE CAPACITACION

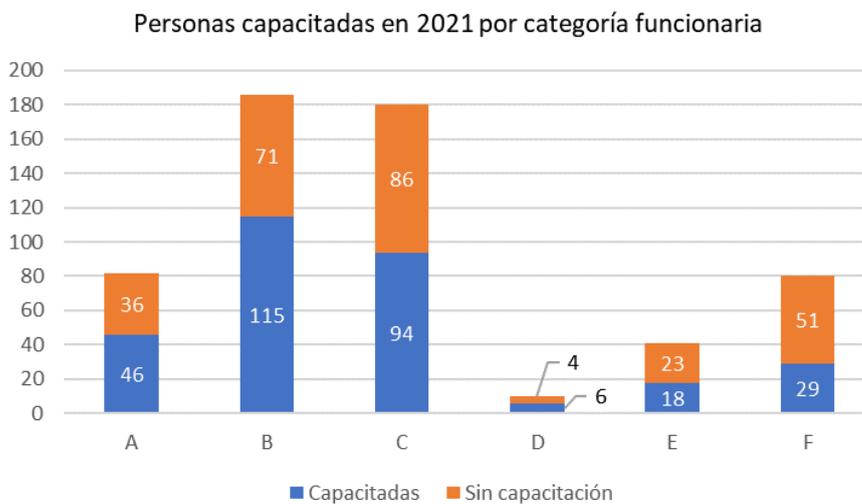
### **Estado de avance PAC 2021**

El Plan anual de capacitación (PAC) se adaptó a la contingencia nacional de salud en pandemia realizando cursos sólo en la modalidad virtual o a distancia. Comprometió 18 actividades de capacitación, ejecutando el 56% de lo programado (10), en tanto el 44% (8) se prevé que no será posible de ejecutar.

Una de las razones identificadas para este bajo cumplimiento es la brecha digital dentro del personal de salud, para el que la modalidad 100% virtual ha presentado barreras y desventajas.

A las capacitaciones del PAC local se suma la oferta del servicio de salud, que a la fecha ha efectuado 16 cursos, más las actividades de capacitación de la plataforma educativa del MINSAL que es abierta y sin restricción de cupos.

Con todo lo anterior, la cobertura de funcionarios que al menos tienen una capacitación es de 53%, siendo la categoría B la que alcanza el mayor porcentaje (62%) y la de menor la categoría F (36%)



Fuente Unidad de Capacitación PAC

### **Plan de Actividades de Capacitación (PAC) 2022**

Se programa la realización de cursos en modalidad virtual y semipresencial, entregando énfasis en la motivación de las categorías con menor adherencia y participación de capacitaciones de año anterior.

La definición de las actividades de capacitación que se consignan en tabla siguiente responde a lo referido por los Centros de Salud, atendiendo a los lineamientos programáticos del área, a las necesidades visualizadas por los equipos gestores de cada centro y a la demanda del personal de salud en encuesta realizada durante el año. Esta oferta se complementa con la del Servicio de Salud en el transcurso del año.

ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL
	A (Médicos, Odont, QF,etc. )	B (Otros Profesio- nales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos de Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	
Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en contexto de pandemia por COVID 19.	3	4	4	3	4	8	26
Curso Reanimación Cardiovascular básico	8	22	22	4	6	8	70
Curso de atención pre hospitalaria básica	0	0	0	0	0	30	30
Curso Estrategia HEARTS	8	12	12	0	0	0	32
Curso Odontología del paciente sistemáticamente comprometido	16	0	0	0	0	0	16
Taller Trastorno del espectro del autismo	4	12	0	0	0	0	16
Curso Promoción de la lactancia Materna	8	14	12	0	10	0	44
Consejería Individual y Familiar	8	10	4	0	0	0	22
Taller Entrevista motivacional	8	8	0	0	0	0	16
Taller integrando los derechos sexuales y reproductivos en APS	0	0	30	0	0	0	30
Curso Prevención de riesgo y conducta suicida	6	16	10	0	0	0	32
Curso Enfoque de genero en salud y violencia	0	10	12	0	6	0	28
Curso Salud familiar básico	8	20	20	0	6	0	54
Curso Excel intermedio y avanzado	6	12	6	0	0	0	24
Taller Farmacovigilancia y polireceta	4	8	12	0	0	0	24
Curso Calidad y Acreditación	4	8	8	0	0	0	20
Curso Salud Mental y Pandemia	6	12	12	0	0	0	30
Taller Técnicas sobre el uso de extintores y calderas para la prevención de riesgos y accidentes	0	6	6	0	0	25	37
Taller Resolución de conflictos	8	6	12	0	12	6	44
	105	180	182	7	44	77	595

## 10. SERVICIO DE BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA APS

El Servicio de Bienestar APS PAC tiene como afiliados a un 92% del total de la dotación, lo que a la fecha se traduce en 542 funcionarios beneficiarios y sus respectivas cargas familiares.

Su financiamiento proviene de un aporte anual del municipio de Pedro Aguirre Cerda en acuerdo del Concejo Municipal, que asciende a cuatro unidades tributaria mensual, además del aporte anual por cada afiliado.

Su gestión se basa en programas acordes a su reglamento, dentro de los que destacan:

- Programa mejoramiento de la calidad de vida y ayuda al presupuesto familiar, incorpora 4 bonos: “Apoyo solidario en tiempos de pandemia”, Bono invierno, Bono final de año, Bono de cumpleaños
- Reembolso por gastos incurridos en la atención de salud.
- Otros beneficios: bono de nacimiento, nupcialidad, unión civil, ayudas sociales extraordinarias, préstamos de auxilio.
- Programa excelencia académica 2021

### PLANIFICACIÓN SERVICIO DE BIENESTAR APS-PAC 2022

1. Actualización del Reglamento del Servicio de Bienestar APS PAC
2. Actualización del Plan Anual Operativo de Beneficios (PAOB) 2022 en sus aspectos procedimentales.
3. Implementación de un software contable que facilite el registro de la gestión financiera del Servicio de Bienestar APS PAC.
4. Diseño e implementación de una intranet propia del Servicio de Bienestar para la facilitación del acceso de los afiliados a la información de sus beneficios.
5. Promover y llevar a efecto un encuentro de dialogo virtual de los Servicios de Bienestar APS regidos por las leyes 19.754 y 20647 que muestren interés en participar.
6. Ejecución de una jornada de Capacitación para el fortalecimiento del liderazgo y trabajo en equipo de los Integrantes del Comité de Bienestar y propuesta a la jefatura del Departamento de Salud, para ser incorporada a la carrera funcionaria de los mismos.
7. Confeción y aplicación de un instrumento de evaluación, que permita medir el grado de satisfacción, detectar las necesidades y los nuevos requerimientos de los afiliados (as).
8. Construcción y desarrollo de programas de apoyo al autocuidado de los afiliados (as), para el mejoramiento de su calidad de vida laboral, tanto colectivo como individual.

## 11. ANEXOS

### 11.1 GLOSARIO

<b>ACV:</b> Accidente Cerebrovascular
<b>APROFA:</b> Asociación Chilena de Protección de la Familia
<b>AUDIT :</b> Alcohol Use Disorders Identification Test (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol)
<b>ANR:</b> Amador Neghme Rodríguez
<b>BIRADS:</b> Breast Imaging Reporting and Data System.(Informe de mamografía )
<b>BC :</b> población Bajo Control
<b>BK :</b> Baciloscopia
<b>CABL :</b> Complejo Asistencial Barros Luco
<b>CACU :</b> Cáncer Cérvico Uterino
<b>CDL :</b> Consejo de Desarrollo Local en salud
<b>CASEN:</b> Caracterización Socioeconómica Nacional
<b>CCR:</b> Centro Comunitario de Rehabilitación
<b>CCR:</b> Centros Comunitarios de Rehabilitación
<b>CECOSF:</b> Centro Comunitario de Salud Familiar
<b>CEMO:</b> Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas
<b>CENABAST:</b> Central de Nacional de Abastecimiento
<b>CERO:</b> Control con Enfoque de Riesgo Odontológico
<b>CESFAM :</b> Centro de Salud Familiar
<b>CHCC :</b> Chile Crece Contigo
<b>CMIM:</b> Centro Metropolitano de Imágenes Mamarias
<b>CLAP :</b> Centro Latinoamericano de Perinatología , ficha de control de salud adolescentes
<b>COMPIN:</b> Comisión Medicina Preventiva e Invalidez
<b>COSAM:</b> Centro Comunitario de Salud Mental
<b>DEA:</b> Equipos Desfibriladores Automáticos
<b>DM:</b> Diabetes Mellitus
<b>DSM:</b> Desarrollo Sico –Motor
<b>DTPa:</b> Difteria tétanos Pertussis acelular
<b>EA:</b> Espacios Amigables
<b>ECICEP:</b> Estrategia de control integral centrado en la persona
<b>EDLI:</b> Programa Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo
<b>EEDP:</b> Evaluación de Desarrollo Psicomotor
<b>EEF:</b> Edgardo Enríquez Frøedden
<b>EMPA:</b> Examen Medicina Preventiva del Adulto
<b>EMPAM:</b> Examen Medicina Preventiva del Adulto Mayor
<b>EPOC :</b> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
<b>ERA:</b> Enfermedades Respiratorias del Adulto

<b>ETS</b> : Enfermedad de Trasmisión Sexual
<b>EVN</b> : Esperanza de Vida al Nacer
<b>FIADI</b> : Apoyo al Desarrollo Infantil
<b>FOFAR</b> : Fondo de fármacos para pacientes programa cardiovascular
<b>FONASA</b> : Fondo Nacional de Salud
<b>FOREAPS</b> : Formación de especialidades básicas en Atención Primaria
<b>GES</b> : Garantías Explícitas de Salud.
<b>HBLT</b> : Hospital Barros Luco Trudeau
<b>HEGC</b> : Hospital Exequiel González Cortes
<b>HTA</b> : Hipertensión Arterial
<b>IAM</b> : Infarto Agudo al Miocardio
<b>ICC</b> : Insuficiencia Cardíaca Congestiva
<b>IMC</b> : Índice de Masa Corporal
<b>INR PAC</b> : Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
<b>IRA</b> : Infecciones Respiratorias Infantiles
<b>IRI TELETÓN</b> : Instituto Rehabilitación Integral TELETON
<b>ERC</b> : Enfermedad Renal Crónica
<b>K-Knt</b> : Kinesiólogo (a)
<b>LME</b> : Lactancia Materna Exclusiva
<b>LVN</b> : Lo Valledor Norte
<b>MAC</b> : Métodos anticonceptivos
<b>MIDESO</b> : Ministerio Desarrollo Social
<b>MINEDUC</b> : Ministerio Nacional de Educación
<b>MINSAL</b> : Ministerio de Salud
<b>MRS</b> : Menopause Rating Scale (Escala medición de calidad de vida de mujeres en climaterio)
<b>NAC</b> : Neumonía Adquirida en la comunidad
<b>NNJ</b> : Niños/Niñas y Jóvenes
<b>NTB</b> : Norma Técnica Básica
<b>OIRS</b> : Oficina Informaciones Reclamos y Sugerencias
<b>OMIL</b> : Oficina Municipal de Información laboral
<b>OMS</b> : Organización Mundial de la Salud
<b>PADEM</b> : Plan Anual del Departamento de Educación Municipal
<b>PADB</b> : Programa de apoyo al desarrollo Biopsicosocial
<b>PeSD</b> : Personas en Situación de Discapacidad
<b>PESPI</b> : Programa Especial de Salud Indígena
<b>PIE</b> : Programa Integración Educacional
<b>PIO</b> : Presión Intra Ocular
<b>PPD</b> : Padre Pierre Dubois
<b>PSCV</b> : Programa de Salud Cardiovascular
<b>PTI</b> : Plan de Tratamiento Integral
<b>RBC</b> : Rehabilitación con Base Comunitaria
<b>RI</b> : Rehabilitación Integral

<b>RM:</b> Región Metropolitana
<b>SAPU:</b> Servicio de Atención Primaria de Urgencia
<b>SAR:</b> Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad
<b>SECPLAN:</b> Secretaria de Planificación
<b>SENADIS:</b> Servicio Nacional Discapacidad
<b>SENAME:</b> Servicio Nacional de Menores
<b>SENDA:</b> Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
<b>SRDM :</b> Sistema de Registro de Derivación y Monitoreo ( Mideso , CHCC)
<b>SEREMI:</b> Secretaria Regional Ministerial
<b>SM:</b> Salud Mental
<b>SOME:</b> Servicio de Orientación Medico Estadístico
<b>SSMS:</b> Servicio de Salud Metropolitano Sur
<b>SSR:</b> Salud Sexual y Reproductiva
<b>TANS:</b> Técnico administrativo Nivel Superior
<b>TBC :</b> Tuberculosis
<b>TDAH:</b> Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad
<b>TENS:</b> Técnico Enfermería de Nivel Superior
<b>TO:</b> Terapeuta Ocupacional
<b>TRH:</b> Terapia de Restitución Hormonal
<b>TVI:</b> Programa de Apoyo Domiciliario Transito a la Vida Independiente
<b>UAPO:</b> Unidad de Atención Primaria Oftalmológica
<b>UCE :</b> Unidad Corta estadía
<b>UEH:</b> Unidad de Emergencia Hospitalaria
<b>USACH:</b> Universidad Santiago de Chile
<b>VDI:</b> Visita Domiciliaria Integral
<b>VIH:</b> Virus Inmunodeficiencia Humana

## 11.2 METAS SANITARIAS

METAS SANITARIAS Septiembre 2021		CESFAM EEF		CESFAM PPD		CESFAM ANR		CESFAM LVN	
<b>1. Recuperación del Desarrollo Psicomotor</b>	Nº de niños/as de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	3		3		0		0	
			38%		60%		0%		0%
Meta por CESFAM 90%	Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM	8		5		2		12	
<b>2. Cobertura de PAPANICOLAU</b>	Nº Mujeres de 25 a 64 años con examen de PAP vigente	3141		3076		4518		1665	
			73%		66%		69%		103%
Meta cierre de brecha: EEF 4330; PPD 4681; ANR 6579; LVN 1622	Nº Mujeres de 25 a 64 años inscritas en la comuna	4330		4681		6579		1622	
<b>3a. Control odontológico de 0 a 9 años</b>	Nº de niños 0 a 9 años con control odontológico	475		400		439		338	
			17%		14%		12%		14%
Meta: EEF 35%; PPD 30%; ANR 35%; LVN	Nº de niños 0 a 9 años con control odontológico	2717		2924		3659		2466	
<b>3b. Niños y niñas de 6 años libres de caries</b>	Nº total de embarazadas con alta odontológica total	22		21		19		18	
			8%		6%		5%		6%
Línea base	Nº total de embarazadas ingresadas a control maternal	281		332		407		285	
<b>4a. Cobertura efectiva en DM II en personas de 15 y mas años.</b>	Nº de diabéticos de 15 y más años con Hb glicosilada < 7mg/dl	436		270		599		178	
			13%		9%		14%		9%
Meta: EEF 29%; PPD 27%; ANR 25%; LVN 23%	Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia	3364		3138		4.227		2.085	
<b>4b. Evaluación anual del pie en personas diabéticas bajo control de 15 y más años</b>	Nº de diabéticos de 15 y más años con evaluación de pié efectuada	882		747		936		329	
			96%		91%		68%		44%
Meta por CESFAM 90%	Total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control.	919		820		1386		751	
<b>5. Cobertura efectiva en HTA en personas de 15 años y mas.</b>	Nº de hipertensos BC de 15 y más años con PA < 140/90	1314		834		1542		693	
			17%		11,7%		16%		15%
Meta por CESFAM: EEF 41%, PPD 45%; ANR 42%; LVN 38%	Total de hipertensos de 15 y más años estimados según prevalencia	7651		7137		9627		4.709	
<b>6. Lactancia Materna Exclusiva al 6 ° mes de vida</b>	Nº niños que al 6 ° mes de vida estan con lactancia materna exclusiva	55		63		25		23	
			60%		57%		31%		42%
Meta por CESFAM: EEF 59,19%; PPD 60%; ANR 54%; LVN 60%	Nº niños con control al 6 °mes	91		110		81		55	
<b>7. Establecimientos con Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente</b>	CDL con plan ejecutado y evaluado		0%		0%		0%		0%
META 100% de los CDL con plan ejecutado y evaluado									

## 11.3 INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS)

### INDICE DE ACTIVIDAD DE LA APS- IAAPS 2021 COMUNA PEDRO AGUIRRE CERDA

#### SECCIÓN N° 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

1. Ambito RISS, modelo asistencial: porcentaje de centros con autoevaluacion MAIS vigente	N°centros con autoevaluación mediante instrumento MAIS	4	100%
	Total de centros de la comuna	4	

INDICADORES	META	ANR		EEF		PPD		LVN		TOTAL PAC		
		NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	
2. Ambito RISS.Organización y Gestión: Continuidad de la Atención	100%	N°de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 PM de lunes a viernes y sabados de 9:00 AM a 13:00 PM	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	4	100%
		N° total de establecimientos visitados	1		1		1		1		4	
	100%	N°de farmacos trazadores disponibles	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%
		N° total de farmacos trazadores visitados	25		25		25		25		25	

## SECCIÓN N° 2: DE PRODUCCION

INDICADORES		META NACIONAL	META COMUNAL	ANR		EEF		PPD		LVN		TOTAL PAC	
				NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%
3. Tasa de consultas de morbilidad y de controles medicos por inscrito año.	Nº de consultas de morbilidad y controles realizados por medicos	1,2	0,87	18.284	0,51	18.973	0,67	16.490	0,60	22.118	1,15	75.865	0,68
	Nº población inscrita.			35.826		28.364		27.424		19.300		110.914	
4. Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS	Nº de SIC de control y consulta medica en APS -Nº de SIC de control y consultas	90%	90%	17.225	94%	17.988	95%	15.651	95%	21.090	95%	71.954	95%
	Nº total de controles y consultas medicas realizadas			18.284		18.973		16.490		22.118		75.865	
5. Tasa de Visita Domiciliaria Integral	Nº visitas domiciliarias integrales realizadas	0,22	0,18	1.557	0,14	855	0,10	756	0,09	1.156	0,20	4.324	0,13
	Nº de familias (población inscrita /3.3)			10.856		8.595		8.310		5.848		33.609	
6a. Cobertura examen medicina preventiva hombres y mujeres de 20 a 64 años	Nº de EMPA realizados hombres y mujeres de 20 –64 años	25%	14,23%	146	0,69%	731	4,38%	61	0,36%	821	7,86%	1.759	2,70%
	Nº población inscrita de 20 –64 años ( menos PBC PCV)			21.112		16.676		17.025		10.443		65.256	
6b. Cobertura examen medicina preventiva adultos de 65 y mas años.	Nº de EMPAM VIGENTES realizados población mayor 65 años	55%	32,89%	197	3,52%	394	8,38%	15	0,42%	174	6,30%	780	4,69%
	Nº población inscrita mayores 65 años			5.601		4.704		3.577		2.762		16.644	
7. Cobertura de Evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 12 a 23 meses bajo control	Nº de niños de 12 a 23 meses con Evaluación del desarrollo psicomotor	95%	67,03%	99	93,40%	140	93,96%	86	106,17%	33	21,29%	358	72,91%
	Nº de niños de 12 a 23 meses bajo control			106		149		81		155		491	
8. Cobertura del control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	Nº de controles de salud integral realizados a ADO de 10 a 14 años	18%	10,55%	216	10,75%	169	10,58%	225	14,72%	166	12,86%	776	12,08%
	Poblacion ADO de 10 a 14 inscrita en el establecimiento de salud.			2.009		1.597		1.529		1.291		6.426	
9. Porcentaje de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	Nº de consultas morbilidad odontológica de 0 a 19 años	23%	11,00%	846	10,94%	1.122	18,37%	970	16,44%	1.440	28,85%	4.378	17,70%
	Nº de personas 0 a 19 años inscritas			7.731		6.109		5.900		4.991		24.731	
10.1 Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de de 0 y mas años	Nº de personas con trastornos mentales y condicionantes de SM PBC de 0 años y mas.	17%	17%	2.406	31%	248	4%	481	8%	632	15%	3.767	15%
	Número de personas con trastornos mentales y condicionantes de SM de 0 y más años esperados según prevalencia			7.882		6.240		6.033		4.246		24.401	
10.2 Tasa de controles de SM en personas de de 0 y mas años	Nº controles de SM PBC de 0 años y mas.	5	4,7	3.850	1,60	2.724	10,98	4.226	8,79	3.538	5,60	14.338	3,81
	Nº de personas con trastornos mentales y condicionantes de SM PBC de 0 años y mas.			2.406		248		481		632		3.767	

**SECCIÓN N° 3: DE COBERTURA EFECTIVA**

INDICADORES	META NACIONAL	META COMUNAL	ANR		EEF		PPD		LVN		TOTAL PAC		
			NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	NUM / DEN	%	
<b>11. Cumplimiento GES en APS</b>	Numero de GES en APS cumplidas	100%	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	4	100%
				Numero de GES creadas		1		1		1		4	
<b>12. Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso.</b>	Nº de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con antiinfluenza	80%	80%									0	70,2%
	Total de población inscrita de los grupos objetivos									0			
<b>13. Ingreso precoz a control de embarazo</b>	Nº de ingresos a control Embarazo <14 semanas de EG	90%	80,00%	169	92,35%	108	93,91%	176	83,41%	158	85,87%	611	88,17%
	Nº total de ingresos a control prenatal			183		115		211		184		693	
<b>14. Cobertura de metodo anticonceptivos en ADO de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de fecundidad.</b>	Nº de ADO de 15 a 19 años inscritos que usan metodos de regulación de fecundidad.	25%	19,00%	292	14,15%	185	10,31%	285	19,34%	184	14,91%	946	14,41%
	Nº total de ADO de 15 a 19 años inscritos.			2.063		1.795		1.474		1.234		6.566	
<b>15. Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y mas años</b>	Nº de personas con DM tipo 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con DM de 80 años y mas con HbA1c bajo 8%segun ultimo control vigente.	30%	22%	599	14%	436	13%	270	9%	178	9%	1.483	12%
	Total de personas con Diabetes tipo 2 en personas de 15 y más años esperados según prevalencia.			4.227		3.364		3.138		2.085		12.814	
<b>16. Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y mas años con HTA.</b>	Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA menor a 140/90 + Nº de personas hipertensas de 80 años y mas con PA menor de 150/90 segun ultimo control vigente	43%	35%	1.542	16%	1.314	17%	834	12%	693	15%	4.383	15%
	Total de personas de 15 años y mas con HTA esperados según prevalencia.			9.627		7.651		7.137		4.709		29.124	

**SECCIÓN N° 4: DE IMPACTO**

<b>17. Proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en población inscrita</b>	Nº de niños y niñas menores de 3 años sin caries	60%	42%	153	16%	137	17%	37	5%	60	9%	387	12%
	Total de niños y niñas inscritos menores de 3 años.			964		786		720		634		3.104	
<b>18. Proporción de niños y niñas menores de 6 años con estado Nutricional Normal</b>	Nº de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal	60%	41,59%	207	10,37%	305	19,72%	228	14,44%	250	18,05%	990	15,21%
	Total de niños y niñas inscritos menores de 6 años inscritos			1.996		1.547		1.579		1.385		6.507	

# Plan Comunal de Salud 2022

Departamento de Salud Municipal

Av. Club Hípico 4676, oficina 838, 8° piso



[www.pedroaguirrecerda.cl](http://www.pedroaguirrecerda.cl)

   PACmunicipio

