

PLAN DE SALUD COMUNAL SAN RAFAEL

2018



INDICE

Sección I: Diagnóstico de la Situación Comunal

1. Caracterización Poblacional

- 1.1. Tamaño Poblacional
- 1.2. Estructura por grupos de edades
- 1.3. Distribución por sexo
- 1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad)

2. Factores Condicionantes y Determinantes Sociales

- 2.1. Geográficos
- 2.2. Medio Ambientales
- 2.3. Acceso y Comunicación
- 2.4. Étnicos
- 2.5. Culturales
- 2.6. Socioeconómicos
- 2.7. Educativos
- 2.8. Vivienda
- 2.9. Servicios Básicos y Saneamiento
- 2.10. Seguridad Social
- 2.11. Desarrollo Comunitario
- 2.12. Intersector, instituciones

3. Daño en Salud

- 3.1. Tasas de Mortalidad
 - 3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)
 - 3.1.2. Mortalidad Infantil
 - 3.1.3. Mortalidad Materna
 - 3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia
 - 3.1.5. Mortalidad del Adulto
 - 3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor
 - 3.1.7. Mortalidad por Causas
- 3.2. Esperanza de Vida al nacer
- 3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)
- 3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
- 3.5. Indicadores de Morbilidad
- 3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
- 3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)
- 3.8. Exámenes de Salud
- 3.9. Egresos Hospitalarios
- 3.10. Licencias Médicas y Pensiones de Invalidez

4. Organización de la Red Comunal

- 4.1 Organización de la red asistencial
- 4.2 Flujos de derivación
- 4.3 Establecimientos privados y otros.

5. Antecedentes Departamento de Salud Comunal

- 5.1 Recursos financieros
- 5.2 Recurso Humano

6. Antecedentes generales de los Establecimientos

- 6.1 Ámbitos relevantes de los establecimientos de salud de la Comuna
- 6.2 Área territorial a cargo del establecimiento
- 6.3 Población Inscrita del establecimiento
- 6.4 Organigrama Institucional
- 6.5 Infraestructura:
- 6.6 Equipamiento
- 6.7 Equipos Móviles Operativos
- 6.8 Dotación
- 6.9 Sectores de los Hospitales Comunitarios/Cesfam/PSR y equipos de cabecera.

7. Cartera de Servicios

- 7.1 Justificar si alguna prestación de la cartera de Servicios del Plan de salud familiar no se realiza.
- 7.2 Describir las prestaciones adicionales no incluidas en los programas de salud que incluye el decreto percapita 2017 (DS 35/2016)

8. Diagnóstico de Salud

- 8.1 Diagnóstico de Salud por Sector
- 8.2 Diagnostico Participativo

Sección II: Evaluación

- 1. Evaluación de resultados por Curso de la vida cruzado con Programas, al 2017**
- 2. Evaluación de GES, Metas Sanitarias y IAAPS 2017**
- 3. Evaluación de Desarrollo del MAIS al2017**
- 4. Evaluación de Acreditación en Calidad al 2017**

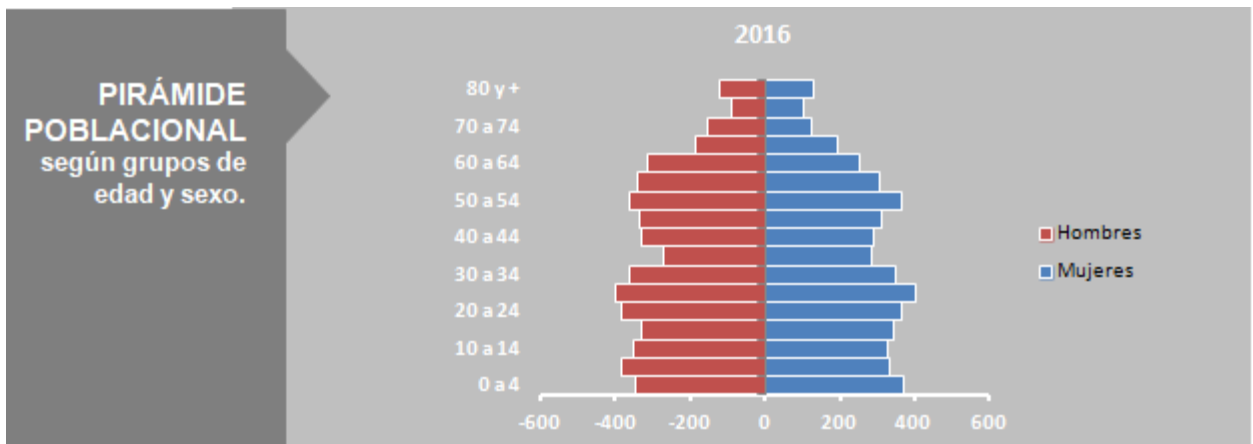
Sección III: Plan de Cuidados de Salud de la Población

- 1. Plan de acción 2018 de la comuna**
- 2. Plan de acción 2018 por Establecimiento.**
- 3. Programa de Capacitación**
- 4. Programación de Actividades**

Sección I: Diagnóstico de la Situación Comunal

1. Caracterización Poblacional.

1.1. Tamaño Poblacional



La pirámide poblacional de la comuna San Rafael se comporta de igual forma que la pirámide poblacional país.

1.2. Estructura por grupos de edades

Tabla N° 01: Población según Grupos Etarios, Comuna de San Rafael, año 2017

SUBGRUPOS	SAN RAFAEL		REGIÓN DEL MAULE	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	2,124	20,87	209,161	20.05
15 a 44 años	4.147	40.76	457,694	43.88
45 a 64 años	2.699	26.52	262,868	25.20
65 y más años	1.204	11.83	113,266	10.86
TOTAL	10.174	100.00	1,042,989	100.00

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

1.3. Distribución por sexo

Tabla N° 02: Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de San Rafael, año 2017

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	1,092	10.67	1.038	10.20	2,124	20,87
15 a 44 años	2,096	20.61	2.051	20.15	4.147	40.76
45 a 64 años	1,401	13.77	1.298	12.75	2.699	26.52
65 y más años	601	5.91	603	5.92	1.204	11.83
TOTAL	5.679	50.94	4,495	44.18	10.174	100.00

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

La tabla N° 01 muestra que la población según grupo etarios de la comuna de San Rafael se comportan de igual forma que a nivel regional. En la tabla N° 02 se aprecia que dentro de la comuna la población según los grupos etarios se presentan actualmente mayor porcentaje de hombres

1.4. Crecimiento Poblacional

Tabla N° 03: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020. Comuna de San Rafael

	AÑOS						Variación % Periodo 2015-2020
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
POBLACIÓN COMUNAL	9,782	9,908	10,045	10,171	10,295	10,412	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL (%)		1.27	1.36	1.24	1.20	1.12	6.05
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIÓN DEL MAULE (%)		0.70	0.68	0.67	0.65	0.62	3.3

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020

Tasa de Natalidad

Tabla N° 04: Tasa de Natalidad, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Territorio	Natalidad	Tasa*
SAN RAFAEL	126	12.8
REGIÓN	14.325	13,1
PAÍS	243.858	14,0

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015 datos Deis 2014

(*) Tasas por 1.000 habitantes

Nacidos vivos corregidos

La tasa de natalidad comunal es igual a la de la región, pero ambas están bajo la tasa país.

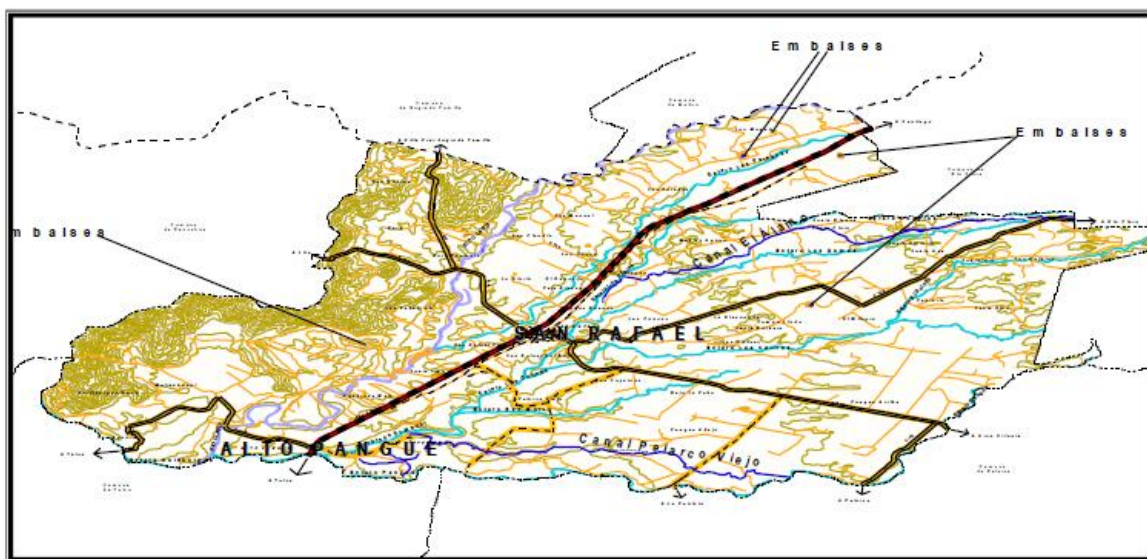
2. Factores Condicionantes

2.1. Geográficos

La comuna de San Rafael se ubica en el valle central de la Provincia de Talca, a 18 km al norte de la capital regional, abarca una superficie de 263,5 km² con una población de 7.674 habitantes (Censo INE Año 2002), correspondientes a un 0,77% de la población total de la región y una densidad de 29,12 hab/km². Está emplazada entre los faldeos pre cordilleranos de la Cordillera de la Costa y el fondo plano de la Depresión Intermedia.

San Rafael limita al norte con las comunas de Sagrada Familia y Río Claro; al este con Río Claro y Pelarco; al sur con Pelarco y Talca y al oeste con Pencahue. La ilustración 1 muestra la ubicación de la Comuna en la Región.

Ilustración 1: Mapa ubicación de la Comuna en la Región.



www.googlemaps.com

2.2. Medio Natural

Su principal fuente de abastecimiento de agua lo constituye el Río Claro, que recibe los esteros de la comuna. Sus características topo climáticas determinan un verano relativamente fresco (30°) y un invierno más frío (4°) que el del Valle Central.

El territorio comunal se integra en la cuenca del Río Maule y en la sub cuenca del Río Claro; el relieve comunal es predominantemente plano y bajo en la parte central, presentando en su límite occidental un cordón de cerros de la Cordillera de la Costa. El territorio se encuentra dominado por terrenos agrícolas y el paso de numerosos cursos de agua; la vegetación nativa tiene escasa representatividad, como asimismo las plantaciones forestales.

En el territorio comunal, el llano central se encuentra entre el borde oriental de la Cordillera de la Costa hasta el límite occidental de las comunas de Río Claro y Pelarco, ocupando la mayor parte del territorio comunal con alturas entre los 80 y 200 mts. El fondo de valle es plano y cubierto de conos fluvio-glacio-volcánicos que han tenido un marcado desarrollo, siendo el más antiguo de ellos el formado de arenas negras en el lecho del río Claro. En términos generales, el territorio comunal presenta un relieve mayoritariamente dominado por terrenos planos a moderadamente ondulados.

Por su emplazamiento en pleno valle central, colindando con la vertiente oriental de la Cordillera de la Costa, la comuna presenta un clima templado mediterráneo cálido, con estación seca prolongada y calurosa, de seis o más meses, y períodos de frío riguroso durante el invierno. Las precipitaciones suceden principalmente en los meses de junio, julio y agosto. El periodo seco dura entre 5 y 7 meses, y el déficit hídrico de este periodo está en el orden de los 600 a 794 mm.

La hidrografía comunal se emplaza en el sector norte de la cuenca del Río Maule, integrada a la sub cuenca del Río Claro, curso de agua principal que nace en el sector cordillerano y que recorre en sentido diagonal prácticamente todo el territorio, junto a la vertiente oriental de la Cordillera de la Costa, desde donde recibe alimentación procedente de diversas quebradas y esteros. La alimentación mixta de la red hidrográfica, pluvial y nival, logra mantener prácticamente todo el año los esteros y ríos con algún nivel de caudal, lo que entrega condiciones muy favorables para el desarrollo de la agricultura de la zona.

Por otra parte, antecedentes aportados por CONAMA, establecen que los suelos de la comuna están siendo expuestos a intensos procesos de desertificación, entendida ésta como un proceso de degradación de la tierra resultantes, entre otros, de factores climáticos y actividades humanas. Por ello, de acuerdo a los datos existentes, la categorización realizada por CONAMA establece que la comuna se clasifica en la categoría de desertificación grave.

Respecto a la fauna existente en el territorio comunal, se puede indicar que con respecto a la existencia de aves, diversos estudios establecen la presencia de Águilas, Cernícalos, Chunchos, Codornices, Diucas, Golondrinas chilena, Jilgueros, Loicas, Pequeños, Pitios, Queltehuse, Raras y Turcas, ninguna de ellas con problemas de conservación. En la parte alta de los cerros de la Cordillera de la Costa, especialmente en sectores cubiertos por matorrales: San Andrés, Rara, Maitenhuapi y Huiliborgoa, podría observarse la presencia del zorro Chilla y el zorro Culpeo, ambos con problemas de conservación.

2.3. Acceso y Comunicación

La comuna es atravesada por la Ruta 5 Sur, que va en sentido norte-sur por el oeste. A excepción de esta vía, la vialidad estructurante e intercomunal se presenta en forma radial convergiendo a la localidad de San Rafael, su capital comunal. Hacia el norponiente se emplaza la Ruta K-40 que la conecta con la comuna de Sagrada Familia e indirectamente a través de la K-410 con la comuna de Pencahue; hacia el oriente y sur la Ruta K-405 la comunica con la comuna de Pelarco y hacia el nororiente mediante la Ruta K-409 con comuna de Río Claro. En su extremo sur desde la localidad de Alto Pangue mediante la K-440 se comunica con la comuna de Talca. El resto de las vías son de carácter local, a excepción del camino a Pelarco Viejo que se encuentra interrumpido hacia el sur por el estero Pangue.

El transporte público, hacia y desde la capital, lo cubren, en forma regular, las líneas de buses de recorrido regional y nacional.

En la comuna existen dos distribuidoras de combustible, localizada en la Ruta 5 Sur (lado oriente), frente a la localidad de San Rafael y expenden gasolina de 93, 95 y 97 octanos, además de diesel. El radio de cobertura de esta estación se intersecta con los radios de cobertura de las distribuidoras de combustibles de Talca.

2.4. Étnicos

Según la Encuesta de Categorización Socioeconómica CASEN del año 2009, la comuna de San Rafael acoge 176 personas de etnia mapuche en su territorio y 0 personas de otras etnias como Atacameños o Aymara. Los datos se detallan en tabla a continuación.

Tabla N° 05: Población según Etnia declarada, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009

ETNIA	% Según Territorio		
	Comuna	Región	País
Atacameño	0	0	0
Aymara	0	0	1
Mapuche	176	1	6
Rapanui	0	0	0
Otras	8.655	98	93
TOTAL	8.831	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

2.5. Culturales

La comuna presenta variados atractivos culturales como artesanía, fiestas religiosas, deportes tradicionales y lugares naturales. Además se debe mencionar la presencia de las nuevas plantaciones en la zona, especialmente de avellanos, los cuales han desplazado los matorrales, otorgándole un atractivo singular a los cerros de la cordillera de la Costa.

En la comuna de San Rafael existen componentes del paisaje, relacionados con el carácter rural del territorio. Uno de los sitios de valor paisajístico lo constituye la rinconada al oeste de San Rafael, en donde se encuentra emplazado el fundo Rara, que en la parte baja se compone de plantaciones y en la parte alta, en el límite comunal, de formaciones nativas tanto en la ladera de solana como en umbría; a ello se agrega el valor visual, ya que se puede apreciar toda la rinconada. Este sitio no ha sido valorado paisajísticamente, ya que no existen espacios físicos habilitados como miradores.

La cuenca visual comprende el área del valle con dominancia del plano horizontal, límites marcados por algunos cerros que detienen la visión, siendo el más dominante la Cordillera de la Costa, sector donde se ubica el fundo Rara, y en la lejanía la Cordillera de los Andes

Desde el punto de vista perceptual, las masas que dominan el paisaje corresponden a las plantaciones de viñas y frutales que se encuentran a lo largo del recorrido. La vegetación arbórea es más bien dispersa, con la presencia de algunos bosques de vegetación autóctona, especialmente en torno a los cursos de agua.

Como Áreas Singulares, se identificó la Estación de Ferrocarriles de San Rafael, el Puente Alto Pangué y algunas construcciones antiguas.

Al igual que el resto del país el deporte más popular es el fútbol, el cual se practica a lo largo de todo el territorio. La comuna cuenta con 10 clubes deportivos y una Asociación de Fútbol.

La Biblioteca Pública Municipal N° 319 de San Rafael, fue inaugurada el 28 de Marzo de 1998, creada con financiamiento municipal. En la actualidad cuenta con 4300 libros, de los que se destacan: Enciclopedia británica "Hispanica", El gran mundo del saber, deportes, Ciencias y mucho más... además de diversos libros de literatura chilena, española y europea, contamos también con las revistas Muy interesante, Miss 17, Tú, y con diarios como El Centro y La Tercera. La Biblioteca entrega además servicios tales como: Préstamo en Sala y Domicilio. Videoteca, Rincón Infantil y de la agricultura; además de servicio de computación y capacitación gratuito, en la actualidad la encargada de la Biblioteca Pública es la señora Viviana Rojas.

La comuna no cuenta con museos, teatros, ni salas de cine en su territorio.

2.6. Socioeconómicos

Desarrollo económico local:

En cuanto a la agricultura y a pesar de contar con suelos empobrecidos y recursos naturales limitados, se han realizado importantes inversiones en estas áreas, y es así que existen viñedos, plantaciones de avellano, ciruelos, manzanos y otros cultivos tradicionales de la zona. Esto se ve corroborado con recientes inversiones privadas en esta área. Entre ellos cabe destacar las plantaciones de avellanos de la empresa Agri-Chile, en los faldeos de los cerros de la Cordillera de la Costa; los viñedos y plantaciones de olivos de las Viñas San Rafael, en el sector de Las Chilcas; viñedos de otros propietarios en torno a la Ruta K-40 y estero Los Robles. No obstante, la comuna no cuenta con infraestructura agroindustrial, no existen industrias congeladoras ni frigoríficos para frutas.

Por otra parte, la ocupación principal de sus habitantes son las labores agrícolas, en su mayoría como pequeños propietarios y jornaleros, que en algunas ocasiones se ven forzados a emigrar de sus localidades en busca de trabajos temporales de escasa especialización. La fabricación de ladrillos y barracas de madera, constituye otra fuente de trabajo que ocupa a los habitantes cercanos a la carretera.

En cuanto a infraestructura de riego local, la mayoría de las tierras presenta sistemas de riego gravitacional, desarrollado a través de una extensa red de canales que atraviesan el territorio comunal

En lo que respecta a la ganadería, la explotación principal se asocia a las explotaciones de bovinos, representando cerca del 70% de producción pecuaria, el restante plantel animal no es significativo en cuanto al volumen y variedad.

Forestal:

El extremo occidental de la comuna, colindante con las estribaciones de la Cordillera de la Costa, se presentan algunas escasas plantaciones forestales, ocupando una superficie inferior a las 500 hectáreas., de acuerdo con datos del Censo Agropecuario del año 1997. Han aumentado las plantaciones vitiviníferas y las plantaciones de peras, manzanas y almendros indican que en el mediano plazo tiende a desaparecer.

Comercio, servicios e industria:

El comercio diario se da en el área rural en torno a pequeños grupos poblados, no obstante, no es un rubro significativo. La población se abastece normalmente en la ciudad de Talca, donde existe una amplia variedad de productos a precios adecuados.

La ubicación de San Rafael, cercana a la capital regional y en torno a la Ruta 5 Sur, es favorable para el desarrollo de actividades de comercio, de artesanía, gastronomía y servicios al viajero, ya sea en mecánica de automóviles u otras.

En lo que respecta a industria en las proximidades de la Ruta 5 Sur, en Alto Pangué existe un packing de verduras deshidratadas, una barraca, y una fábrica de muebles para exportación. En San Rafael existen barracas que producen madera para el consumo nacional y una en Alto Pangué para exportación. En la Chilcas existe una importante embotelladora de vinos varietales.

Turismo:

La comuna no cuenta con locales apropiados para satisfacer la demanda de alojamiento y gastronomía que podrían generar los proyectos turísticos de la Ruta del Vino; solo existen dos complejos turísticos, uno adyacente a la Ruta 5 Sur y otro al interior de Alto Pangué, camino a Maitenuapi y tres moteles de ruta. El primero orienta sus servicios hacia el turismo de carretera y el segundo hacia la recreación y el descanso; ninguno de ellos propicia el turismo interno.

Nivel de pobreza e ingresos promedios:

La pobreza en Chile se define a partir de una canasta básica de alimentos, cuyo valor se actualiza según la evolución de los precios. Con ese valor se definen la línea de indigencia y la línea de pobreza (\$32.067 y \$ 64.134, respectivamente para CASEN 2009).

Así definida, la pobreza disminuyó sostenidamente en las dos últimas décadas, desde un 38,6 % en 1990 a un 13,7% en 2006, verificándose una mayor incidencia de pobreza en hogares con jefatura femenina que con jefatura masculina.

Los ingresos monetarios corresponden al conjunto de ingresos, esto es, aquéllos que son producto de trabajo remunerado, y los que provienen de subsidios monetarios desde el Estado.

Una dimensión relevante en la condición social de la población es la vivienda y sus características. Aspectos como la tenencia (propiedad, arriendo), el hacinamiento (relación entre el número de habitantes de una vivienda y su número de piezas) y el allegamiento (vivienda compartida entre uno o más hogares o familias), así como su tipología y calidad (materialidad y estado de conservación de muros, pisos y techo de una vivienda), resultan insoslayables elementos de la calidad de vida de la población.

Tabla N° 06: Población según pobreza CASEN 2003-2009

Pobreza en las Personas	2009	% según Territorio (2009)		
		Comuna	Región	País
Pobre Indigente	445	5	5	4
Pobre no Indigente	1.824	22	16	11
No Pobre	6.048	73	79	85
Total	8.317	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

De la Encuesta CASEN 2003 – 2009 se desprende que en la comuna un 5% de la población se encuentra bajo la línea de la indigencia, que está descrita como los hogares cuyos ingresos no son suficientes para costear una canasta básica de alimentos a sus miembros. El 22% se encuentra bajo la línea de la pobreza entendida como los hogares cuyos ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros, mientras que el 73% está considerado como no pobre.

Tabla N° 07 pobreza por ingreso y multidimensional

	Comuna	Región del Maule	País
Pobreza por ingresos	26,3%	18,7%	11,3%
Pobreza Multidimensional	20,7%	22,5%	20,9%
Porcentaje Ruralidad	58,9%	32,6%	12,7%
Porcentaje Beneficiarios FONASA	95,9%	86,6%	77,7%

De la Encuesta CASEN 2003 – 2009 se desprende que la comuna presenta un ingreso monetario promedio, inferior a los reportados para la región y para el país en general.

La Encuesta CASEM presenta la evolución estimada de la tasa de pobreza por ingresos en el periodo 2011-2013, donde la comuna de San Rafael, muestra que su tasa de pobreza no varía de manera significativa en el paso de estos años. Fuente Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social.

Ocupación y cesantía:

Los bajos niveles educacionales del promedio de habitantes de San Rafael, se reflejan en la actividad laboral que ellos desempeñan, ya que la mayor fuerza de trabajo es absorbida por la agricultura, seguida a distancia por la construcción, el comercio y los servicios domésticos. Sin embargo, la agricultura una actividad estacionaria.

Tabla N° 08: Tasas de ocupación, desocupación y participación. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2006-2009.

Territorio	Tasa de Ocupación*		Tasa de Desocupación**		Tasa de Participación***	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
COMUNA	47	41	9	13	52	47
REGIÓN	51	48	7	9	55	52
PAÍS	53	50	7	10	57	56

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

* Ocupación: Porcentaje de la población ocupada respecto a la población total de 15 años y más.

** Desocupación: Porcentaje de la población desocupada (cesante y personas que buscan trabajo por primera vez) respecto a la fuerza de trabajo o población económicamente activa de 15 años o más.

*** Participación: Porcentaje de la fuerza de trabajo o población económicamente activa (ocupados y desocupados) respecto a la población total de 15 años o más.

Del análisis de la tabla se puede desprender que la tasa de ocupación del año 2006 y 2009 era menor que la tasa reportada para la región y para el país. Mientras que la tasa de desocupación fue mayor tanto en 2006 como en 2009. Lo que nos muestra una población con menos oportunidades laborales y con mayores índices de cesantía.

Tabla N° 09: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2013

Origen	COMUNA	REGIÓN	PAÍS
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	504	102.814	690.989
Pesca	0	532	46.687
Explotaciones de Minas y Canteras	260	2.252	123.611
Industrias manufactureras no metálicas	259	35.463	795.167
Industrias manufactureras metálicas	0	7.472	377.284
Suministro de electricidad, gas y agua	2	1.403	67.578
Construcción	18	37.624	1.463.744
Comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos	204	48.866	1.526.199
Hoteles y restaurantes	11	7.380	311.506
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	18	18.196	525.674
Intermediación financiera	0	3.112	254.072
Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	0	28.598	1.177.637
Administración pública y defensa, planes de seguridad social afiliación obligatoria	403	17.706	382.934
Enseñanza	0	13.319	457.539
Servicios sociales y de salud	0		223.186
Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales	5		276.576
Consejo de administración de edificios	0		9.002
Organizaciones y órganos extraterritoriales	0		392
Sin información	0		216
Total	1.684		8.709.993

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

Del análisis de la tabla podemos desprender que las ramas de actividad que con mayor frecuencia se desarrollan en la comuna son la agricultura, ganadería, caza y silvicultura en primer lugar, las Industrias manufactureras no metálicas en segundo lugar, la administración pública y defensa, planes de seguridad social y afiliación obligatoria en tercer lugar y finalmente el comercio al por mayor y menor, repuestos, vehículos, automotores/enseres domésticos.

2.7. Educativos

La educación comunal es administrada por el Departamento de Educación Comunal, el cual tiene a su cargo las seis escuelas básicas, además de una sala cuna. El sistema Educativo comunal atiende aproximadamente al 70% de la población en edad escolar y pre-escolar. No se cuenta con educación media, razón por la cual los jóvenes que egresan de la educación básica deben continuar sus estudios, principalmente, en la ciudad de Talca.

Tabla N° 10: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	7.66
REGIÓN	9,05
PAÍS	10,38

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

El promedio de años de estudio declarados como efectivamente cursados por la población de 15 años y más en la comuna de San Rafael, es inferior al reportado por la región y el país.

Tabla N° 11: Nivel educacional de la Población. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009.

Nivel Educacional	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Educación	10	6	4
Básica Incompleta	27	24	14
Básica Completa	19	14	11
Media Incompleta	13	16	19
Media Completa	26	26	30
Superior Incompleta	2	6	10
Superior Completa	2	8	12
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

De la tabla se puede desprender como la población sin educación en la comuna es mayor a la tasa reportada en la región y el país, junto con eso, como la población con enseñanza superior incompleta y completa es ampliamente menor a la informada en la región y el país.

Los Programas y Proyectos que se ejecutan en la comuna son, entre otros:

1. Proyecto Enlaces
2. Programa de Salud Escolar
3. Proyecto de Integración Escolar (déficit intelectual y lenguaje)
4. Proyecto FONADIS
5. Programa Alimentación Escolar
6. Microcentro (Educación rural)
7. Programa PROMO – Salud
8. Programa Educación Extra Escolar
9. Programa Mejoramiento de la Infancia

2.8. Vivienda

Tabla N° 12: Tipo de tenencia de la vivienda. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009

Tenencia	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Viviendas Pagadas	67	58	55
Viviendas Pagándose	0	12	12
Arrendadas	8	11	17
Cedidas	24	17	14
Usufructo	0	0	0
Ocupación Irregular	1	1	1
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

De la Encuesta CASEN 2003 – 2009 se desprende que en la comuna el 67% de la población posee una vivienda pagada. El 8% posee vivienda que arrienda y el 24% vivienda que se le han sido cedidas.

Tabla N° 13: Calidad de la vivienda. Comuna de San Rafael. Región del Maule 2009

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Aceptable	38	70	81
Recuperable	61	27	18
Irrecuperable	1	2	1
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

La calidad de la vivienda Sintetiza los índices de Materialidad, Saneamiento y Tipo de Vivienda, clasificando el parque de viviendas en aceptables, recuperables, irrecuperables según si cumplan las condiciones presentadas en el cuadro siguiente:

Índice Calidad Global de la vivienda			
Tipo de vivienda	Saneamiento	Materialidad	Índice Calidad global
Aceptable	Aceptable	Aceptable	Aceptable
		Recuperable (solo si muro es recuperable resto aceptable)	Aceptable
		Recuperable	Recuperable
	Deficitario	Aceptable o Recuperable	Recuperable
Deficitario	Aceptable o Deficitario	Aceptable o Recuperable o Irrecuperable	Irrecuperable

Se considera que las viviendas son de calidad global aceptable si la vivienda presenta una materialidad, saneamiento y tipo aceptable, o bien si la materialidad es recuperable siempre que el piso, techo, saneamiento y tipo sean aceptables. En tanto las viviendas se consideran de calidad recuperable si el saneamiento o la materialidad han sido clasificados de recuperable, siempre que el tipo de vivienda sea aceptable. Y las viviendas son irrecuperables todas las viviendas de tipo irrecuperable independiente del saneamiento y de su materialidad, también clasifican en esta categoría las viviendas de materialidad irrecuperable.

Tabla N° 14: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	87	71	91
Hacinamiento Medio	13	9	8
Hacinamiento Crítico	0	0	1
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

De la Encuesta CASEN 2003 – 2009 se desprende que en la comuna un 87% de la población se encuentra sin problemas de hacinamiento, el 13% se encuentra con un hacinamiento medio y afortunadamente con contamos con personas en situación de hacinamiento crítico. Donde se entiende por hacinamiento a la razón entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma, considerando piezas de uso exclusivo o uso múltiple. Contempla las categorías: sin hacinamiento, medio y crítico.

2.9. Servicios Básicos y Saneamiento

Electricidad:

La comuna de San Rafael cuenta con una línea de transmisión de 154 kv que, en forma paralela a la Ruta 5 Sur, se dirige a la subestación de Itahue, ubicada en la comuna de Río Claro, y una línea de 66 kw. que va a la subestación de Panguilemo, para continuar paralela a la Ruta K-40 hacia el sector costero.

La cobertura de energía eléctrica en la comuna alcanza un 93,9 %, superior al promedio regional que es de un 75 %; en el área rural desciende a 90,25%, permaneciendo sin energía solo un 6,65, %, ya que un 3,10% cuenta con generador propio. El área urbana se encuentra cubierta en un 96,72%.

Agua Potable y Alcantarillado:

Aproximadamente el 38% de la comuna carece de agua potable. Entre los diversos sectores que no cuentan con agua potable rural y que se abastecen solamente de norias. Las localidades rurales carecen de un sistema de tratamiento de aguas servidas; el área urbana de la Localidad de San Rafael existe una laguna de estabilización.

Tabla N° 15: Indicador de Saneamiento. Comuna de San Rafael, Región del Maule 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
COMUNA	31,8
REGIÓN	20,7
PAÍS	17,0

Fuente: Ficha de Protección Social, cierre julio 2013. Ministerio de Desarrollo Social

Según la caracterización social que se obtiene de la ficha de protección social al cierre de julio 2013 la comuna de San Rafael tenía un porcentaje por sobre del regional y nacional. Resultados reflejan un alto porcentaje de familias que no cuentan con saneamiento básico, producto de la ruralidad principalmente.

2.10. Seguridad Social

Las bases de datos de denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) son llevadas por el Ministerio del Interior desde 1999 por medio de la confrontación de la información de denuncias provista por Carabineros y Policía de Investigaciones y se expresan en tasas por cada 100.000 habitantes.

Las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados. Según las encuestas de victimización, cerca de un 50 por ciento de los delitos no son denunciados.

Los DMCS involucran una serie de delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones, entendiéndose que su comisión acarrea una importante alarma pública. Las denuncias por violencia intrafamiliar se registran en forma separada.

En términos de evolución, el año 2010 rompe la tendencia ascendente de las denuncias por DMCS y VIF, experimentando leves bajas en las tasas de denuncias cada 100.000 habitantes.

Tabla N° 16: Tasa de denuncias de Delitos de Mayor Connotación Social. Comuna de San Rafael. Región del Maule.

Territorio	2008	2009	2010
Comuna de San Rafael	946	1.649	1.858
Región del Maule	2.348	2.472	2.112
País	2.715	2.890	2.780

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior

Tabla N° 17: Denuncias de violencia intrafamiliar 2008-2010. Comuna de San Rafael. Región del Maule.

Territorio	2008	2009	2010
Comuna de San Rafael	473	542	345
Región del Maule	697	706	659
País	677	676	639

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Interior.

Tabla N° 18: Distribución de la Población según Sistema Previsional de Salud, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2009

Lugar	Público	ISAPRE	Particular
COMUNA	95,38	1,18	3,44
REGIÓN	88,12	6,10	5,77
PAÍS	78,79	13,04	8,17

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009, Ministerio de Desarrollo Social

2.11. Desarrollo Comunitario

La información proporcionada por el Departamento de Organizaciones Comunitarias, permite señalar que la comuna cuenta con las siguientes organizaciones comunitarias territoriales y funcionales:

- 29 Organizaciones Territoriales
- 17 Comités de Allegados y Vivienda
- 05 Clubes de Adulto Mayor
- 02 Comité de Pavimentación Participativa
- 02 Centros Sociales y Productivos.
- 08 Centro de Padres y Apoderados
- 06 Clubes de Huasos y de Rayuela
- 11 Clubes Deportivos
- 04 Comité de Agua Potable Rural
- 03 Centros Juveniles
- 02 Agrupaciones Culturales
- 04 Organizaciones de Salud y Discapacidad
- 02 Centros Sociales

Tabla N° 19: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Tipo de Organización	Número
Clubes Deportivos	25
Centro de Madres	0
Centros u Organizaciones de Adultos Mayores	4
Centros de Padres y Apoderados	9
Junta de Vecinos	55
Uniones Comunales	2
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	5
TOTAL	89

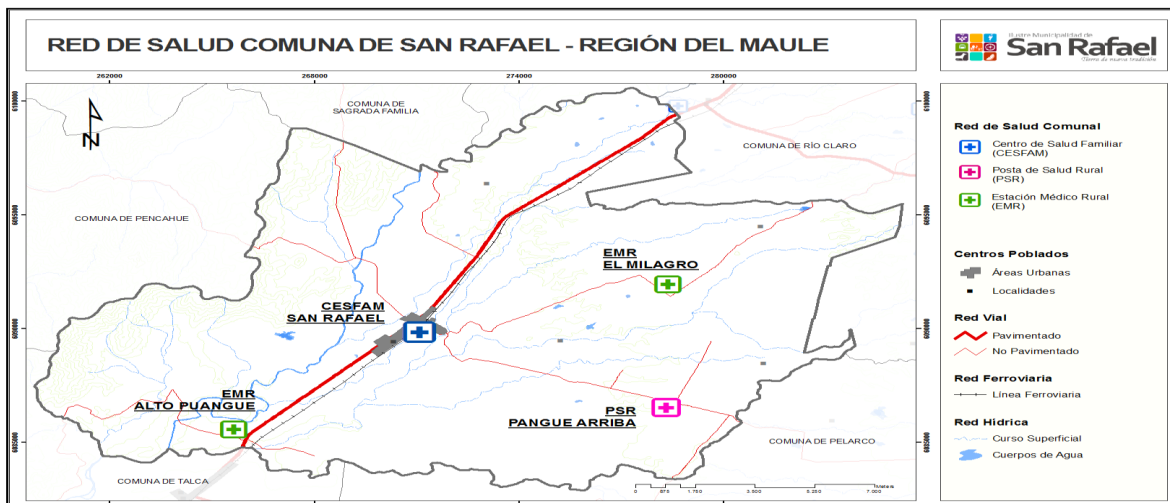
Fuente: Reportes Estadísticos y Comunales, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012

2.12. Intersector, Instituciones

2.12.1. Organización de la Red Asistencial

Identificar los establecimientos que conforman la Red Asistencial Comunal (CESFAM, PSR, EMR, Hospitales, UEH, SAPU, SAR, UAPO, COSAM, Telemedicina, Red Privada)

La Red asistencial pública de la comuna de San Rafael está compuesta por:



La comuna de San Rafael no cuenta con Hospital comunal, los pacientes que tienen mayor complejidad son derivados al Hospital Regional de Talca, que es nuestro centro de referencia.

3. Daño en Salud

3.1. Tasas de Mortalidad

3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)

Tabla N° 21: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de San Rafael, Región del Maule, Chile 2014

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**
	Total	Hombre	Mujer	Total
COMUNA	6,2	6.1	4.6	79%
REGIÓN	6,2	6,5	6.6	78,0%
PAÍS	5,7	6,0	5,3	77,4%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2012

* Por 1.000 habitantes

** Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

3.1.2. Mortalidad Infantil

Tabla N° 22: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 días)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
COMUNA	7.9	7.9	7.9
REGIÓN	8.4	6.3	5.3
PAÍS	7,3	5.2	4.2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014

* Tasa por 1.000 nacidos vivos.

Tabla N° 23: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de San Rafael, desde año a 2012.-2014

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
2012	13.1	6.2	77%	36
2013	12.3	5.3	74%	0.0
2014	13.1	5.4	79%	7.9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

3.1.3. Mortalidad Materna

Tabla N° 24: Tasas de Mortalidad Materna, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2010-2014

Territorio	Año				
	2010	2011	2012	2013	2014
COMUNA	0	0	0	0	0
REGIÓN	1.4	2.9	2.2	2.2	1.4
PAÍS	1.8	1.8	2.2	2.1	2.2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

* Tasas por 10.000 nacidos vivos.
Defunciones según Residencia Habitual de la Madre.

3.1.4. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla N° 25: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez 1-4 años	Tasa de Mortalidad de la Niñez 5-9 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 10-14 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 15-19 años
COMUNA	1.79	0.0	0.71	0.71
REGIÓN	0.36	0.16	0.30	0.30
PAÍS	0.29	0.14	0.30	0.30

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014

* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.5. Mortalidad del Adulto

Tabla N° 26: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	1.17	0.6	5.46	1.7
REGIÓN	1,4	0,7	6,4	3,6
PAÍS	1,4	0,6	6,1	3,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014

* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.6. Mortalidad del Adulto Mayor

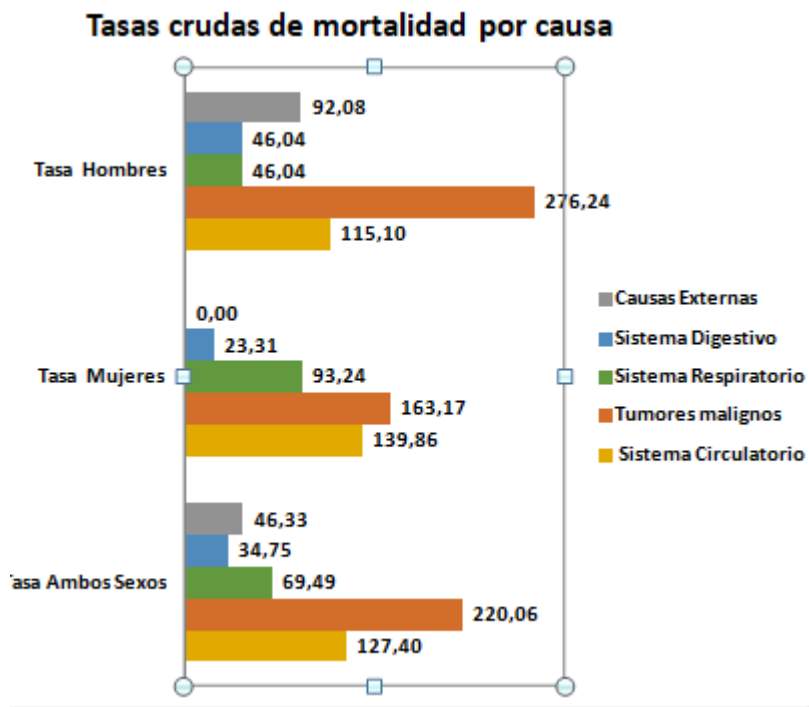
Tabla N° 27: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	30.8	20.6	63.1	82.0
REGIÓN	28.2	18.6	130.8	101.4
PAÍS	28.7	17.6	128.6	98.8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014

* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.7. Mortalidad por Causas



Grupo específico de causas de muerte y sexo		Defunciones
Tasas **		
Enfermedad isquémica del corazón (CIE-10: I20-I25)	4	46,33
Enfermedades cerebrovasculares (CIE-10: I60-I69)	3	34,75
Tumor Maligno del Estomago (CIE-10: C16)	6	69,49
Neumonía (CIE-10: C33-C34)	0	0
Cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado (CIE-10: C50)	0	0

Estadísticas vitales Deis 2014

3.2. Esperanza de Vida al nacer

Tabla N° 29: Esperanza de vida al nacer, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2013.

Territorio	Mujeres	Hombre
SAN RAFAEL	78,2	71,1
REGIÓN	80,4	73,9
PAÍS	81,5	75,5

Fuente: Actualización del Plan de Desarrollo Comunal de San Rafael 2015-2018

3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

No se cuenta con datos comunales en relación a este indicador de Salud.

3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 30: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014

	2014		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	35	703	7.463,64
REGIÓN	3.778	75.177	7.412,64

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2015

3.5. Indicadores de Morbilidad

3.5.1 Tabla N° 31: Prevalencia de Enfermedades bajo control, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2016

Patología	Prevalencia 2016
Hipertensión Arterial	67,1
Diabetes Mellitus 2	25,4
Dislipidemia	7,4
Enfermedad Renal Crónica	213
Riesgo Cardiovascular Alto	0,95
Obesidad	545
Tabaquismo	80
Alcoholismo	Sin dato fidedigno
Depresión	77
Autovalentes sin riesgo	28,1
Autovalentes con riesgo	37,5
En riesgo de Dependencia	34,3
Dependientes Leves	31,0
Dependiente Moderado	17,2
Dependiente Severo	51,7
Embarazo Adolescente	15,06
Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente	11,35
Asma Bronquial	40,4
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	48,1
Artrosis de Cadera y Rodilla	187

Fuente: Series P, Servicio de Salud del Maule, 2016

3.5.2 Perfil Epidemiológico de consultas de morbilidad por principales grupos de diagnósticos.

Hipertensión Arterial:

La HTA es el principal factor de riesgo para enfermedad cerebrovascular (ECV) y enfermedad coronaria. Se le atribuye el 54% de las ECV y 47% de la enfermedad cardíaca isquémica.

En el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, la Enfermedad Hipertensiva fue la primera causa de AVISA con 6,9% del total (7,4% del total AVISA en hombres y 6,4% del total AVISA en mujeres). Este estudio muestra además, que 1 de cada 7 muertes es directamente atribuible a la HTA.

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006, la hipertensión arterial es la principal enfermedad crónica declarada en la población y la prevalencia de presión arterial elevada en personas de 17 años y más es 33,7% (39,9% en hombres y 33,6 % en mujeres).

Las mujeres presentaron un mayor porcentaje de compensación que los hombres (19,1 % v/s 5,4. Aunque la prevalencia de presión arterial elevada es mayor en los hombres, el conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial es mayor en mujeres.

La realidad de la comuna de San Rafael, es similar a la nacional, pues según la prevalencia de la patología en serie P de Diciembre de 2016, corresponde a un 67,1% de total de las enfermedades cardiovasculares bajo control en el CESFAM de San Rafael, siendo la más alta de ellas.

Un 62,7% de los Hipertensos bajo control del CESFAM San Rafael están compensados de acuerdo a lo arrojado en serie P de Diciembre 2016, cumpliendo la meta sanitaria referente a este tema.

Según rango etáreo se observa un aumento en la prevalencia en el grupo de 70 años y más con un 17,9%, por sobre los otros grupos.

Según sexo la prevalencia es mayor en mujeres con un 59,5% versus un 40,4% de los hombres.

Diabetes Mellitus 2:

La hiperglicemia crónica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos.

La prevalencia de diabetes en nuestro país se estima entre 4,2% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud y la ADICH, respectivamente.

Al analizar la prevalencia según grupos de edad, se observa que ésta aumenta en forma significativa después de los 44 años, 12,2% en el grupo de 45-64 años y a 15, 8% en los de 65 y más años a nivel nacional.

En el nivel primario de atención del sistema público la proporción de pacientes con HbA1c <7% es aproximadamente de 36%.

En comparación con los datos anteriormente presentados, en la comuna de San Rafael se estima que la prevalencia de la diabetes mellitus 2, según serie P de diciembre de 2016 es de un 25,4%.

Según grupos etáreos, se observa que la prevalencia es mayor desde los 45 años con un 15,07% en el rango de 45-54, un 29,9% en los de 55-64, 16,9% entre los de 64-69, 29,9% en el rango de 70 y más.

En el CESFAM de San Rafael los usuarios compensados con una HbA1c <7% alcanza un 48,2% de un total de 491 diabéticos bajo control.

Enfermedad Renal Crónica:

La enfermedad renal crónica (ERC), es un problema de salud grave que impacta en forma muy significativa a las personas afectadas, su familia, la sociedad y los servicios de salud. Frecuentemente, se asocia a otras enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedad del corazón. La ERC, además de poner a la persona en riesgo de insuficiencia renal crónica (IRC) terminal, aumenta el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular (CV), a niveles 10 veces la del riesgo promedio de la población. Se ha demostrado una asociación directa e independiente, entre el deterioro de la función renal y un mayor riesgo de eventos y muerte por enfermedades cardiovasculares y tasa de hospitalización. Por lo tanto, aunque no todas las personas con ERC van a requerir diálisis, todas tienen un mayor riesgo de peores resultados, reacciones adversas a medicamentos y en intervenciones, y de enfermedad renal aguda.

Considerando que la enfermedad renal, habitualmente comienza en una etapa tardía de la vida y que además progresa en forma lenta, la mayoría de las personas con una velocidad de filtración glomerular (VFG) reducida, muere de una enfermedad cardiovascular (ECV) antes de desarrollar una IRC terminal. La reducción en la VFG se asocia a una amplia variedad de complicaciones, tales como hipertensión, anemia, malnutrición, enfermedad ósea, neuropatía y disminución en la calidad de vida, las que pueden ser prevenidas o al menos disminuir sus efectos adversos, con un tratamiento en etapas más precoces. El tratamiento también puede reducir la progresión hacia una ERC terminal.

La IRC terminal, es la última etapa irreversible en la historia natural de la ERC. La terapia de sustitución renal (diálisis o trasplante), para las personas con IRC terminal, está incorporada en el listado de condiciones con garantías explícitas de salud (GES) desde 2005.

La principal causa de ingreso a diálisis, sigue siendo la nefropatía diabética con 34% de todos los ingresos. Se destaca el alto porcentaje (26,7%), de pacientes sin diagnóstico etiológico de IRC terminal.

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2003, nos entrega información sobre la función renal en una muestra representativa de chilenos de 17 y más años, basada en la estimación de la VFG utilizando la fórmula de Cockcroft-Gault, ajustada según superficie corporal, observándose una disminución significativa de la VFG a medida que se avanza en edad en ambos sexos.



En la siguiente tabla se muestra la etapa de ERC de los usuarios del CESFAM San Rafael, por grupo etáreo y sexo, según serie P de Diciembre 2016.

CONCEPTO	GRUPOS DE EDAD (en años) Y SEXO																											
	15 a 19		20 a 24		25 a 29		30 a 34 años		35 a 39		40 a 44 años		45 a 49		50 a 54 años		55 a 59		60 a 64 años		65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
SIN ENFERMEDAD RENAL (S/ERC)		3	2		6	6	11	2	7	5	20	21	52	37	65	44	79	68	71	77	82	59	54	56	64	51	41	
ETAPA G1 Y ETAPA G2 (VFG ≥ 60 ml/min)		1	1	2	1	3	10	13	1	11	10	30	26	70	51	101	64	115	84	106	91	110	94	97	70	71	71	67
ETAPA G3a (VFG ≥ 45 a 59 ml/min)		3	2		4	3	7	1	5	4	10	6	41	27	44	20	43	38	48	39	54	29	34	24	33	25	19	
ETAPA G3b (VFG ≥ 30 a 44 ml/min)	3			4		6	6	7	6	14	8	17	21	36	29	64	23	72	42	66	25	36	20	27	12	19	15	21
ETAPA G4 (VFG ≥ 15 a 29 ml/min)															1	1					1						2	2
ETAPA G5 (VFG < 15 ml/min)																		1		1						1		1
TOTAL	3	7	5	6	1	19	25	38	10	37	27	77	74	199	144	275	152	310	232	292	232	284	202	212	162	188	164	151

Destacan que las etapas de ERC 1 y 2 son las predominantes con 1371 personas, aumentando progresivamente con la edad desde los 35 años y con un incremento significativo en el rango de 70 años y más. Además la comuna de San Rafael en este año presenta 5 persona con ERC en etapa 5.

Depresión:

La depresión es un trastorno del humor y el estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos de humores, irritabilidad, falta de entusiasmo y sensación de congoja y angustia, trascendiendo a lo que se considera normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cognitivos como pensar ineficiente y elevada auto-crítica.

En Chile, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible la depresión unipolar es la segunda causa de año de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en la población general chilena y la primera entre las mujeres de 20 a 44 años, congruente con lo observado en el mundo.

El estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que la prevalencia de vida de depresión en mujeres alcanza un 9% y un 8% para la distimia. En el caso de los hombres alcanza un 6,4% y un 3,5% para cada trastorno respectivamente.

En la población de adultos mayores las tasas de depresión tienden a disminuir. La prevalencia en 2010 de sintomatología depresiva se estimó en un 4,1% para hombres y 16,9 para mujeres y 11,2% para ambos sexos.

En una revisión de estudios nacionales se encontró que alrededor de un tercio de embarazadas chilenas sufren de síntomas de depresión y/o ansiedad, cifra que aumenta en más de un 40% en púerperas. En cambio si se utilizan síntomas específicos de enfermedad depresiva, que significa menoscabo funcional, se haya una prevalencia de depresión cercana al 10% en el embarazo y entre el 10 y el 20% en el postparto.

En la comuna de San Rafael en el año 2016 el número total de casos de depresión fue de 272 personas y siendo la leve 153, para mujeres fue un 91,6% y para los hombres un 8,3%. La depresión moderada alcanzó 99 personas siendo 92,3% en mujeres y 7,6% en hombres. Hay 13 personas con depresión grave.

En cuanto a las mujeres embarazadas hubo 152 aplicaciones de Edimburgo divididas en 134 en la primera evaluación en el ingreso a control prenatal, lo equivale a un 88,1% y 18 en una segunda evaluación a aquellas que en la primera instancia obtuvieron puntaje elevado, lo que corresponde a un 11,8%. En la primera evaluación las pautas alteradas correspondieron a un 96,9% y en la segunda instancia disminuye considerablemente a un 3%.

Al aplicar Edimburgo en púerperas el total de aplicaciones a los 2 y 6 meses alcanzó el número de 240, siendo en la primera instancia un 50,4% de aplicaciones y en la segunda vez un 49,5%. En cuanto a las pautas alteradas de los 2 meses fueron de un 52,2% y a los 6 meses la cifra disminuyó a 47,7%.

Cabe destacar que en esta comuna existe una baja cantidad de adultos mayores con depresión, según P de Salud Mental de diciembre 2014. Las cifras alcanzan a 4 casos en mujeres y 1 en hombres.

Dependencia Severa:

De acuerdo a las estimaciones que se han realizado sobre la base del Primer Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2004, Endisc, las personas en situación de dependencia superan las 400.000 personas, presentando una prevalencia del 2,2% de la población total del país.

De ellas, más de 100.000 presentan situación de dependencia severa y más de 70.000 están en situación de gran dependencia.

Muchas de estas personas carecen de familia o ésta no tiene las condiciones para entregar los cuidados que requieren.

Igualmente el acceso a las redes se ve limitado por la situación socioeconómica de las familias, su falta de conocimiento e instrucción, limitaciones geográficas, insuficiencia de los recursos y orientaciones técnicas de las redes de salud o sociales.

Actualmente, la atención a estas personas se realiza, sobre todo, en el ámbito familiar (68,71% de las personas con discapacidad), generalmente son mujeres, quienes además ven disminuidas sus posibilidades de realizar alguna actividad laboral.

En la comuna de San Rafael la prevalencia de dependientes severos evaluados con Índice de Barthel es un 5,7% en el año 2016 solo de la población adulta mayor. En cuanto a sexo los datos se distribuyen en un 13,3% para hombres y un 86,6% para mujeres.

Embarazo Adolescente:

Desde el punto de vista epidemiológico, el embarazo adolescente suele ser desagregado en 2 grupos etarios, de mujeres de 15 a 19 años y mujeres menores de 15 años. En el año 2012, el número total de nacidos vivos fue de 242.142; de estos, el 14,42% (34.906) correspondió a nacidos vivos de madres adolescentes. Al desagregar por grupo etario, observamos que el 14,05% (34.033) corresponden a madres adolescentes de 15-19 años y el 0,36% restante (873) a adolescentes de 10-14 años.

Desde el año 2005 hasta el 2008, las cifras totales de embarazos en adolescentes a nivel país tuvieron un incremento anual de cerca de mil embarazos por año, siendo estos embarazos en su mayoría, de adolescentes de más de 15 años. Al analizar el trienio 2007-2009, en las adolescentes menores de 15 años se produjo un aumento en los dos últimos años de 7,3% y 5,2% respectivamente. Desde el año 2010, esta situación se revierte, observándose una disminución de un 10,4% respecto del año anterior, tendencia que continúa en descenso observándose para el trienio 2009-2012 una disminución del 19%.

La incidencia de adolescentes embarazadas en la comuna de San Rafael es de 15,06% para el año 2016, según P de la mujer en el mes de diciembre.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un problema relevante de salud pública, tanto por su frecuencia en aumento, como por la carga sanitaria que significa el tratamiento de sus etapas avanzadas a nivel hospitalario, y su elevada letalidad.

En Chile, se ha informado a través del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) de 1.842 personas fallecidas por esta causa el año 1990 (tasa de 14/105 hbt/s) para elevarse a 3.251 fallecidos el 2010, con una tasa de 36,08/100.000 habitantes, siendo notable que este incremento es mayoritariamente atribuible al aumento en el sexo femenino.

El principal factor de riesgo causal y de aceleración de su deterioro es el tabaquismo. Existe evidencia bibliográfica suficiente de su relación causal, tanto para el fumador activo, como pasivo.

En Chile, el tabaquismo posee una prevalencia del 40,6% en población mayor de 15 años (Encuesta Nacional de Salud 2009-2010). Estas cifras hacen esperable un número muy importante de pacientes, a pesar de que sean reconocidos sólo los casos más graves.

La EPOC ocasiona un número importante de egresos hospitalarios en los países donde se ha estudiado y esta necesidad de hospitalizaciones es responsable de la mayor parte del gasto en salud asociado a esta patología. En el país se ha informado de 18.352 egresos hospitalarios por esta causa el año 2010 de los cuales el 50,5% eran mujeres.

En el CESFAM San Rafael la prevalencia de usuarios con EPOC que están bajo control es de 48,1%, distribuida en un 58,6% en hombres y 41,3% para las mujeres.

3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Tabla N° 32: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2006-2010.

Enfermedad	Número de Casos por años									
	2006		2007		2008		2009		2010	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
De transmisión alimentaria										
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
De transmisión respiratoria										
Enf. Invasora por Haemophilus Influenzae b	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócicas (Bacteriana)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis bacteriana no clasificada en otra parte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis	0	0	0	0	0	0	1	0,001	0	0
De transmisión sexual										
Gonorrea	0	0	1	0,001	0	0	0	0	1	0,001
Sífilis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prevenibles por inmunización										
Difteria	1	0,001	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina (Coqueluche)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis víricas										
Hepatitis A	2	0,002	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Las demás Hepatitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zoonosis y Vectoriales										
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hidatidosis (equinococosis)	1	0,001	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección por Hanta Virus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,001
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Importadas										
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras										
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2006-2010.

* Tasa por 100.000 habitantes.

La tasa de las Enfermedades de Notificación Obligatorias, durante el periodo 2006 al 2010, en la comuna de San Rafael es baja, dentro de las enfermedades por transmisión alimentaria no se informó ningún caso. Llama la atención que siendo esta comuna rural presenta solo un caso de Hidatidosis (equinococosis) y uno solo de Infección por Hanta Virus.

3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)

Tabla N° 33: Controles y Consultas realizadas por médico, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014.

CONTROLES MEDICOS	N°	Tasa de Consulta
Prenatal	77	0,01008
Recién Nacidos	73	0,00955
Cardiovascular	1.943	0,25438
Sala Ira-Era	84	0,01099
CONSULTAS MEDICAS	N°	Tasa de Consulta
Morbilidad	8.020	1,05001
Salud Mental	497	0,06506
Urgencia SUR	3.400	0,44514
Sala Ira-Era	80	0,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2013.

* Tasa por población beneficiaria, per-cápita 2013

Las atenciones médicas del año 2013 en la comuna de San Rafael, presentan una tasa según su población per-capitada para ese año, menor a una atención por habitante, excepto las consultas médicas realizadas por morbilidad, las que alcanzan una tasa de una atención por población per-capitada.

3.8. Exámenes de Salud

Tabla N° 34: Total de Exámenes de Salud realizados, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2013

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO			EXÁMENES RADIOLOGICOS			EXÁMENES ECOTOMOGRAFICOS		
	Total	Producción propia	Compra de servicio	Total	Producción propia	Compra de servicio	Total	Producción propia	Compra de servicio
COMUNA	25.303	0	25.303	159	0	159	0	0	0
REGIÓN	1.958.842	808.884	1.149.958	29.561	197	29.364	0	0	0

Fuente: Anuario Estadístico Servicio de Salud del Maule, 2013

En esta tabla se aprecia que la comuna de San Rafael no tiene producción de ningún tipo de exámenes, por lo cual solo compra servicios, para dar respuesta a sus necesidades.

3.9. Egresos Hospitalarios

Tabla N° 35: Total de Egresos hospitalarios, Hospital Dr. César Garavagno B., Región del Maule, 2012

EGRESO	TOTAL
Enfermedades infecciosas y parasitarias	385
Tumores	1.491
Enf. De la sangre y del sist. Hematopoyético	110
Enfermedades Endocrinas	300
Trastornos mentales y del comportamiento	148
Enfermedades del sistema nervioso central	168
Enfermedades del ojo y sus anexos	23
Enf. Del oído y de la apófisis mastoides	31
Enfermedades del sistema circulatorio	1.923
Enfermedades del sistema respiratorio	1.327
Enfermedades del sistema digestivo	2.154

3.10. Licencias Médicas y Pensiones de Invalidez

Licencias Medicas (ver

Tabla N° 36: Pensión Básica Solidaria, período Enero-Julio 2012, Comuna de San Rafael, Región del Maule.

Territorio	Pensión Básica Solidaria Período Enero-Julio 2012	
	N° Beneficiarios Promedio	Monto (M\$)
COMUNA	377	208.841
REGIÓN	45.559	25.116.798
PAÍS	616.602	339.950.081

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2012

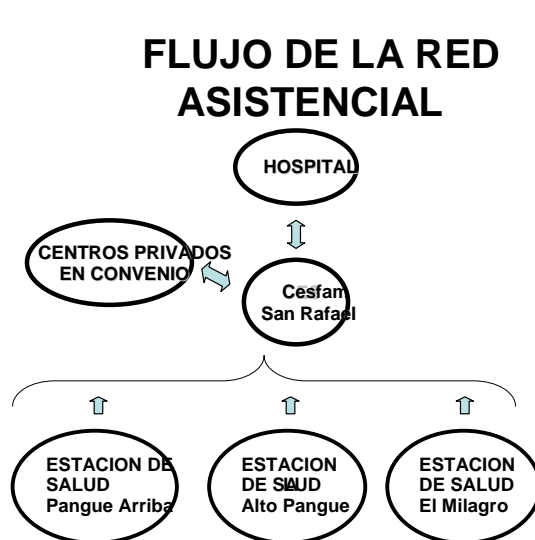
Al analizar la tabla N° 36, nos muestra que los beneficiarios con pensiones básicas solidarias de la comuna de San Rafael solo alcanzan al 0,83% de las otorgadas a nivel de la región del Maule.

4. Organización de la Red Comunal

4.1 Organización de la red asistencial

Quiénes componen la red comunal de salud

4.2 Flujos de derivación



4.3 Establecimientos privados y otros.

Integramédica

Rx de torax se deriva directamente

Mamografía, rx de pelvis, ecoabdominal el paciente entrega su orden a interconsulta y se pide su hora vía correo electrónico

5. Antecedentes Departamento de Salud Comunal

5.1 Recursos Financieros

Tabla N° 20: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de San Rafael, Región del Maule 2014.

Municipio	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido) (M\$)	Ingresos Totales Área Salud Descontadas las Transferencias del Municipio al Sector (M\$)	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M\$)	Gastos Salud (Gasto Total Devengado) (M\$)	Gasto en Personal del Sector Salud (M\$)	Gastos del Funcionamiento del Sector Salud (M\$)
San Rafael	772.485	654.659	422.822	763.797	638.332	116.180

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2014

5.2 Recursos Humanos

PROFESIONAL	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS SEMANALES	Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO
Médico	4	159	0,01827
Odontólogo/a	2	88	0,02027
Químico Farmacéutico	1	22	0,00293
Enfermero/a	4	154	0,01760
Matrón/a	2	88	0,01173
Nutricionista	2	88	0,01173
Asistente Social	1	44	0,00589
Psicólogo/a	2	88	0,00880
Kinesiólogo/a	3	132	0,01907
Laboratorista Dental	0	0	0
Profesor Ed. Física	0	0	0
Terapia Ocupacional	1	44	0,00589
Ed. Párvulos	1	44	0,00589
Téc. Paramédico (TENS)	18	792	0,10565
Tec. De Salud	2	88	0,01173
TPM Farmacia	0	0	0
TPM Dental	0	0	0
Of. Administrativo/a	9	352	0,05282
Técnico Auditor	1	44	0,00589
Programador	1	44	0,00589
Auxiliar de Servicio	3	132	0,01760
Conductores	5	220	0,02934
Téc. Párvulo	1	44	0,00589
Fonoaudióloga	1	15	0,00200

Las horas de profesional por habitantes, se calculó con la población fonasa validada en octubre del 2017. Se contemplaron todas las horas disponibles independientes de su calidad contractual.

6. Antecedentes generales de los Establecimientos

6.1 Ámbitos relevantes de los establecimientos de salud de la Comuna

Centro de Salud Familiar San Rafael:

Se encuentra ubicado en Avenida Oriente s/n a un costado del Municipio. Funciona a través de la coordinación de tres sectores: el urbano, el rural y el transversal.

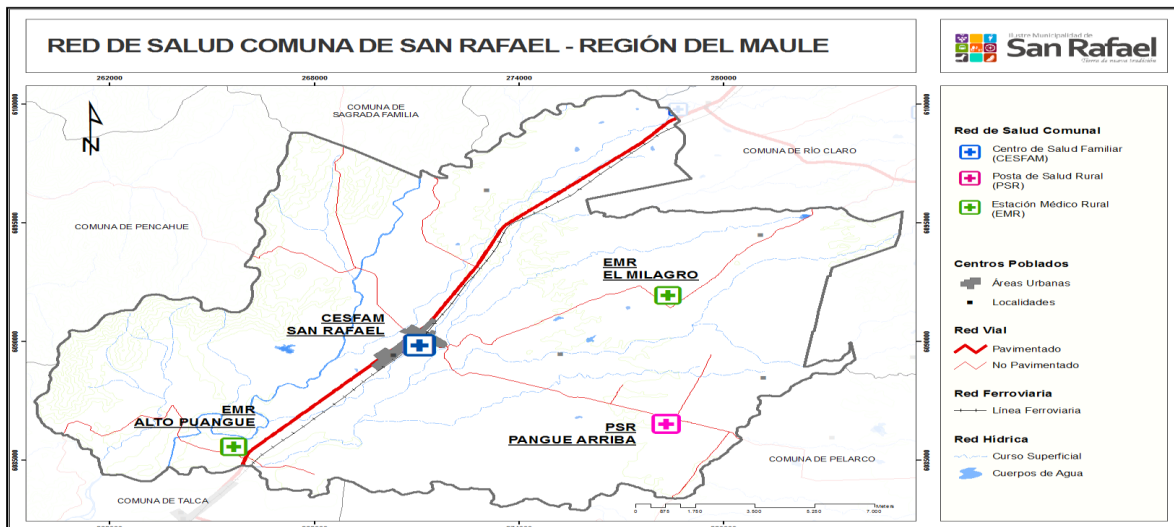
Fotografía 1: Centro de Salud Familiar San Rafael. Comuna de San Rafael.2015.



Fuente: Elaboración propia en base a visita a terreno

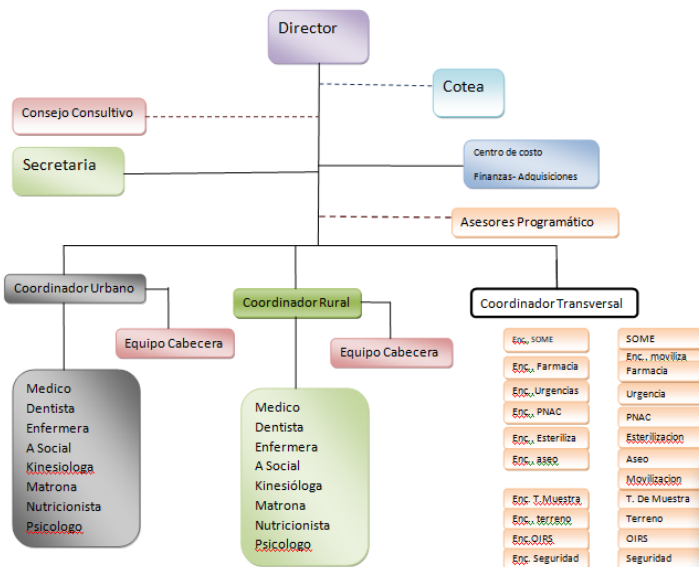
El CESFAM tiene 1407 m², espacio suficiente para su buen funcionamiento, sin embargo, el Centro Comunitario de Rehabilitación tiene 60 m² y la Sala de Estimulación 30 m², espacios insuficientes para desarrollar las actividades inherentes.

6.2 Área territorial a cargo del establecimiento



6.3 Población Inscrita del establecimiento 9500 personas

6.4 Organigrama Institucional



6.5 Infraestructura:

El CESFAM tiene 1407 m², espacio suficiente para su buen funcionamiento, sin embargo, el Centro Comunitario de Rehabilitación tiene 60 m² y la Sala de Estimulación 30 m², espacios insuficientes para desarrollar las actividades inherentes.

6.6 Equipamiento

El edificio que alberga al CESFAM.

- Una Posta Rural.
- Dos Estaciones Médicas Rurales.
- En lo que respecta a disponibilidad de vehículos, se cuenta con:
 - ✓ Una ambulancia marca Mercedes Benz año 2011. En regulares condiciones.
 - ✓ Una ambulancia marca Mercedes Benz año. 2015. En buenas condiciones.
 - ✓ Un minibús marca Hyundai año 2010. En regulares condiciones.
 - ✓ Una camioneta marca Toyota año 2015. En buenas condiciones

6.7 Equipos Móviles Operativos (Dental, Atención Ginecológica, otros) No existen

6.8 Dotación

PROPUESTA DOTACION ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL. LEY 19373.							
Categoría	Preferencia Actividad	Dotación vigente Aprobada Año 2017		Personal contratada al 31 de Agosto del 2017 (Incluye Plaza Indef. y Fija)		Dotación Propuesta para el año 2018	
		Nº de cargar	Nº de Horas remanente	Nº de cargar	Nº de Horas remanente	Nº de cargar	Nº de Horas remanente
A	Médica	4	159	3	93	4	159
	Dentista	3	88	1	44	3	88
	Química-Farmacéutica	1	22	1	22	1	22
	Bioquímica	-	-	-	-	-	-
	Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44
B	Auxiliar Social	1	44	1	44	1	44
	Enfermera	3	132	3	132	4	154
	Kinesióloga	2	88	2	88	2	88
	Matrona	2	88	2	88	2	88
	Nutricionista	2	88	2	88	2	88
	Psicóloga	3	88	2	66	2	88
	Educadora de Parvular	1	44	1	44	1	44
	Técnica médica	-	-	-	-	-	-
	Fonoaudióloga	-	-	-	-	-	-
	Terapeuta Ocupacional	-	-	-	-	-	-
	Preferer Ed. Física	-	-	-	-	-	-
	Otras Preferenciales	-	-	-	-	-	-
	Director de Consultoría	-	-	-	-	1	44
Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44	
C	Programador	1	44	1	44	1	44
	Estadística	-	-	-	-	-	-
	TANS	8	352	8	352	8	352
	TENS	17	704	16	660	17	704
	Otras: Técnica Auditor	1	44	1	44	1	44
	Técnica Prev. de Riesgo	-	-	1	44	1	44
Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44	
D	Auxiliar Paramédica	3	132	3	132	3	132
	Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44
E	Administrativa	2	88	1	44	2	88
	Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44
F	Conductor	6	264	6	264	6	264
	Auxiliar	5	176	4	132	5	176
	Estafeta	-	-	-	-	-	-
	Otras: Guardia Seguridad	1	44	1	44	1	44
	Machera Bandín	2	66	1	44	1	44
	Director de Salud Municipal	-	-	-	-	1	44

(1). En la columna otras en categorías B, C, y F, se debe agregar por orden alfabético el detalle de la preferencia actividad del cargo en dotación, enertando la fila necesaria.

NOTA: La dotación propuesta está sujeta a la disponibilidad presupuestaria de la I. Municipalidad de San Rafael.

6.9 Sectores

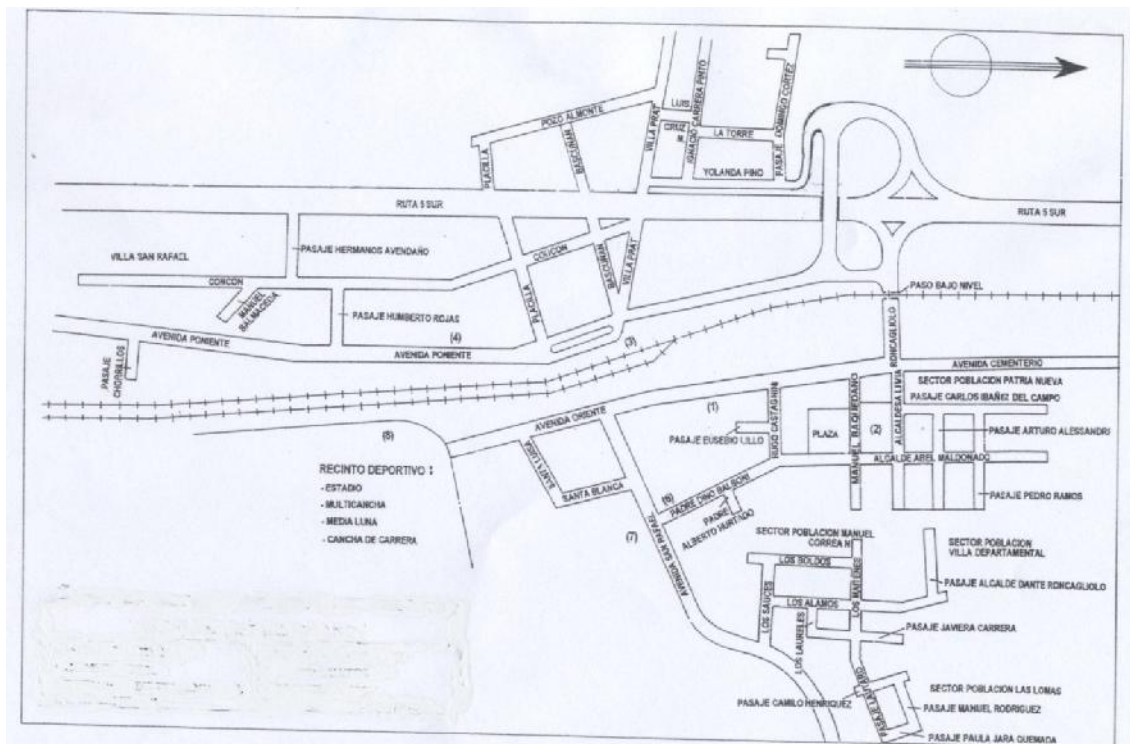
SECTOR URBANO

Integrantes

Maria Paz Jaña : COORDINADORA

- Pamela Sepulveda Ponce : Matrona
- Yesenia Diaz Rojas : Psicologa
- Karla Villarreal : Odontologo
- Luz Muñoz Mella : Enfermera
- Maria Paz Jaña : Kinesiologa
- Karen Arguello : Medico
- Carmina Alarcón Barros : Nutricionista
- Cecilia Fuentealba Dote : TENS
- Jessica Castro : TENS
- Maria Luisa Perez G. : TANS
- Rosita Rojas Rojas : TANS

SECTOR URBANO



**Este sector corresponde a las siguientes zonas localidades:**

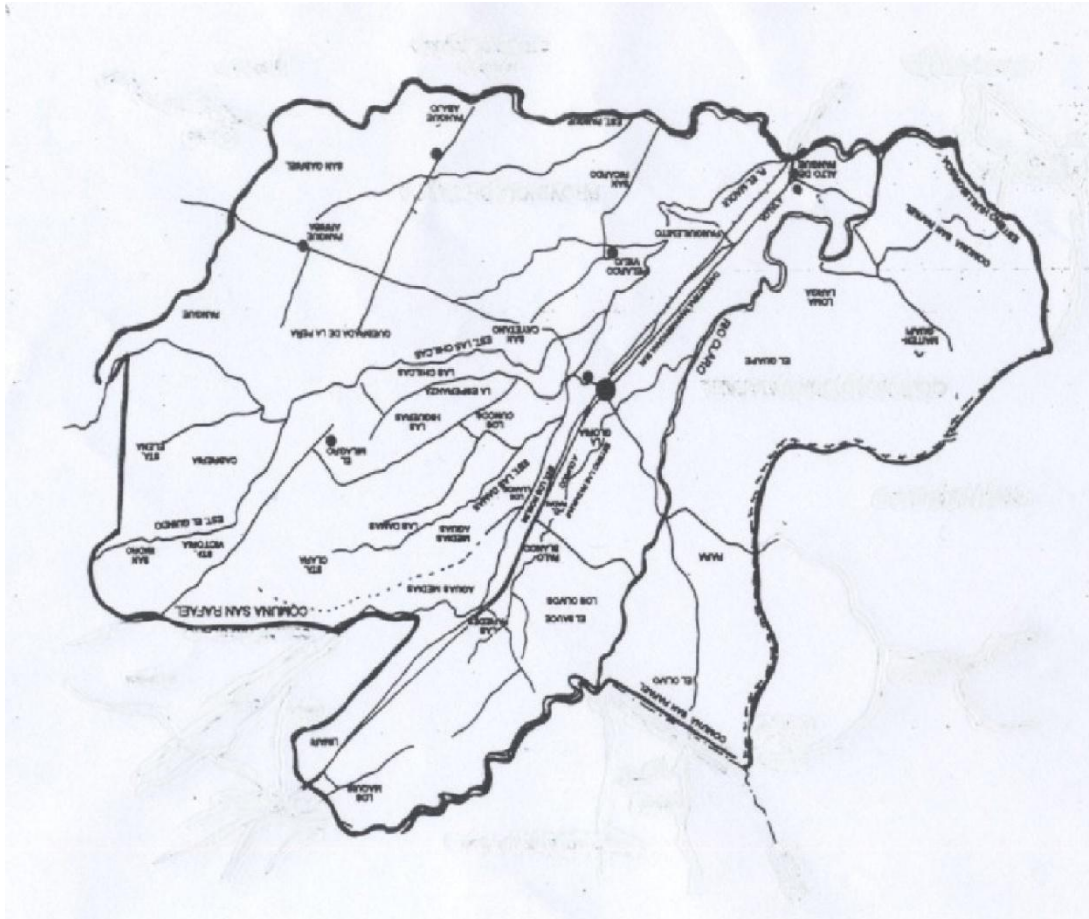
Avenida Cementerio, Avenida Estación, Avenida Poniente, Avenida Oriente, Avenida San Rafael, Avenida Villa Prat, Calle Bascuñan, Calle Con-Con, Calle Placilla, Calle Pozo Almonte, Calle Santa Blanca, Calle Santa Luisa, Las Higueras, Población Las Lomas, Población Manuel Correa, Población Norte, Población Patria Nueva, Población San Rafael, Población Sur, Santa Irma, Villa Departamental, Villa Esperanza, Villa San Eduardo, Villa San Rafael, Villa Las Rosas. -----

Se considera sector urbano todas las poblaciones, calles, avenidas, etc. ubicadas dentro del territorio de San Rafael delimitada de la siguiente manera: Población Norte, Población San Rafael, Población Sur y San Rafael del Bajo

Tabla de Número de Familias Pertenecientes al Sector Urbano

	Familias
San Rafael Urbano	1664

SECTOR RURAL



Este sector corresponde a las siguientes zonas

Aldea Campesina, Alto Pangué. Cabrería, Camarico, Camino Maitenhuapi, Camino Villa Prat, Campo Militar, El Milagro, Huencuecho, La Gloria, Las Chilcas, Las Paredes, Llano Verde, Los Aromos, Los Cuncos, Los Maquis, Los Naranjos, Maitenhuapi, Palo Blanco, Palo Verde, Pangué Abajo, Pangué Arriba, Panguilemito, Pelarco, Pelarco Viejo, San Rafael del Bajo, San Ricardo, Santa Ana, Santa Clara, Santa Victoria, Villa El Esfuerzo, Talca.

Serán rurales los sectores aledaños al radio urbano de San Rafael, incluidas las localidades que se encuentran fuera de la comuna.

Familias sector Rural

	Familias
San Rafael Rural	1935
Total	1935

Equipo Sector

- **Médicos: Moises Gonzales Pereira**
- **Enfermera: Srta. Pamela Gonzales Retamal**
- **Nutricionista: Maria Soledad Contreras**
- **Psicólogo: Pilar Pinochet Rojas**
- **Dentista: Marian Talep Foller**
- **Matrona: Marcela Villagra Castro**
- **Tec. Paramédico :**
 - **Srta: Carolina Saavedra**
 - **Sra. Noemí Perez**
 - **Srta. Yovanni Manríquez Galaz**
- **TANS: Jaqueline Iturra**
 - **María Salazar Barrios**
 - **Katherine Gonzales**
- **Programador: Rosalda Moya**
- **Kinesióloga: valeska Rojas Coordinadora.**

El equipo del sector rural se caracteriza por ser un equipo joven con integrantes colaboradores y participativos en todas las actividades que se proponen en conjunto se esta trabajando en acercar la salud a la comunidad mas rural realizando las siguientes actividades.

Rondas:

Pangue Arriba



Esta es la primera Posta de la Comuna de San Rafael Fue inaugurada el 21 de agosto del año 2013 y ya cuenta con la autorización sanitaria entregada por la seremi de salud del maule, además ya cuenta con código para el establecimiento.

Actualmente: se están realizando:

- Rondas por medico 4 veces al mes en los cuales se atiende pacientes crónicos y morbilidad.
- Ronda por enfermera 2 vez al mes todo el día
- Ronda por nutricionista 2 vez al mes todo el día
- Ronda por Matrona una vez al mes todo el Día
- Ronda por Psicólogo una vez al mes
- Ronda por kinesiólogo una vez al mes
- Paramedico residente que atiende desde las 8:30 a 17:30 hrs de lunes a viernes
- Se toman exámenes y electrocardiogramas
- Asiste podólogo una vez al mes
- Entrega de medicamentos, Leche y alimento de adultos mayores

Desafíos 2018:

- **Consolidar la posta como un referente de la comunidad principalmente para el control y manejo de sus patologías crónicas.**
- **Potenciar y trabajar en educar a la comunidad del sector en las prestaciones que la posta les puede entregar.**
- **Trabajo con la comunidad.**
- **Puesta en marcha del modulo dental**
- **Trabajo con el Club Adultos Mayores**

Estación Medico- Rural Alto Pangué



Este sector hasta el año 2012 era parte del sector Urbano el cual pasa a ser parte de nuestro sector en Marzo del 2013 iniciándose un trabajo progresivo en su puesta en marcha, estas instalaciones son compartidas con el club de adulto mayor del sector y en la actualidad se entregan las siguientes prestaciones:

Ronda Medico, nutricionista, enfermera:

Ronda 2 veces al mes de Medico Enfermera, Nutricionista

Ronda 1 Vez al mes Psicóloga y Kinesióloga

Entrega de alimento y leche

Entrega de medicamentos de Crónicos. Con insulina

Desafíos:

- Incorporar, matrona a las rondas
- Mejorar la resolutivez de las atenciones en las Rondas.

Ronda El Milagro



Esta estación de enfermería nació como una necesidad de la comunidad en la cual ellos han sido parte fundamental de su ampliación ya que actualmente con el apoyo de la municipalidad se construyeron baños los que mejoran la calidad de la atención.

Actualmente las prestaciones otorgadas en la estación son las siguientes:

Ronda Medico, nutricionista, enfermera:

Ronda 2 veces al mes de Medico Enfermera, Nutricionista

Ronda 1 Vez al mes Psicóloga y Kinesióloga

Entrega de alimento y leche

Entrega de medicamentos de Crónicos. Con insulina

Desafíos:

- Incorporar, matrona a las rondas
- Mejorar la resolutivez de las atenciones en las Rondas.

7. Cartera de Servicios

7.1 Justificar si alguna prestación de la cartera de Servicios del Plan de salud familiar no se realiza.

Actividades de salud mental con profesores de establecimientos educacionales

No se realiza esta actividad por desconocimiento de ella

7.2 Describir las prestaciones adicionales no incluidas en los programas de salud que incluye el decreto perca pita 2017 (DS 35/2016)

Atenciones por cardiólogo

8. Diagnóstico de Salud

8.1 Diagnóstico de Salud por Sector

Sector urbano:

Sector rural:

8.2 Problemas de Salud Percibidos por la población Diagnostico Participativo

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2017

SECTOR URBANO

PROBLEMA	MAGNITUD	RELEVANCIA	FACTIBILIDAD	COSTO	ORDEN JERARQUICO
Trabajo con pacientes postrados, adultos mayores solos y pacientes con patologías crónicas sin redes de apoyo.	5	5	3	2	15
Medio Ambiente: perros vagos, basurales.	4	3	2	3	12
Obesidad en la población general.	5	4	2	2	13
Prevención, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas.	5	4	2	2	13

PRIORIZACION

PROBLEMA	IMPORTANCIA	ESTRATEGIA	INSTITUCION O PERSONAS RESPONSABLES	PLAZOS PARA RESOLVER
Trabajo con pacientes postrados, adultos mayores solos y pacientes con patologías crónicas sin redes de apoyo.	1	-Crear catastro de Adultos Mayores de las localidades rurales. -Realizar actividades educativas con Juntas de Vecinos. -Creación de monitores.	- Departamento de Salud, Municipio (Encargada de Organizaciones Comunitarias) -Departamento de Salud -Departamento de Salud	-1 año -1 años -2 años
Obesidad en la población general.	2	-Talleres en temas de alimentación saludable y ejercicio en Organizaciones comunitarias.	- Departamento de Salud, Municipio (Encargada de Organizaciones Comunitarias)	-3 años
Prevención, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas	3	-Talleres en temas de alcohol y drogas en conjunto con carabineros o PDI. -Realizar operativos comunitarios educativos.	- Departamento de Salud y Organizaciones policiales -Departamento de Salud. Organizaciones policiales y Municipio	-3años -2 años
Medio Ambiente: perros vagos, basurales, moscas, roedores.	4	-Talleres sobre medio ambientes y prevención de enfermedades a organizaciones comunitarias. -Establecer coordinación entre encargado de ambiente Municipal y el de salud para dar a conocer problemas que afectan a las comunidades.	-Departamento de Salud -Departamento de Salud y Municipio	-3 años -1 año

**MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS
DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2015****SECTOR RURAL**

PROBLEMA	MAGNITUD	RELEVANCIA	FACTIBILIDAD	COSTO	ORDEN JERARQUICO
Trabajo con adultos mayores.	4	5	4	2	15
Tabaquismo en la población.	3	3	3	3	12
Medio Ambiente: Dificultades con malos olores por fosas sépticas, basurales.	5	5	3	1	14
Obesidad en adolescentes.	4	4	3	2	13
Servicios básicos.	1	2	1	1	5

PRIORIZACION

PROBLEMA	IMPORTANCIA	ESTRATEGIA	INSTITUCION O PERSONAS RESPONSABLES	PLAZOS PARA RESOLVER
Trabajo con adultos mayores	1	-Crear catastro de Adultos Mayores de las localidades rurales. -Realizar actividades educativas y de acompañamiento a adultos mayores -Realizar talleres de actividad física a los adultos mayores.	-Salud, Municipio (Encargada de Organizaciones Comunitarias) -Alumnos TENS, Salud -Salud, Municipio	-1 año -2 años -3 años
Medio Ambiente: Dificultades con malos olores por fosas sépticas, basurales.	2	-Coordinar con vecinos y municipios estrategia para gestionar limpieza de fosas con camión municipal y de recolección de basuras. -Educaciones a la comunidad para evitar contagio de enfermedades transmisibles por contaminación ambiental.	-Municipalidad, Juntas de Vecinos. -Salud	-2 años -1 año
Obesidad en adolescentes	3	-Talleres prácticos de preparación de comidas saludables con insumos de cotidianos de las casas, orientados a evitar la obesidad adolescente y la diabetes en adultos.	-Salud	- 2 años
Tabaquismo en la población.	4	-Fomentar consejerías antitabaco en familias y personas. -Seguimiento de casos de familias intervenidas con alguna estrategia de cesación hábito tabáquico.	-Salud -Salud y Comunidades (Juntas de Vecinos)	- 1 año -2 años
Servicios básicos	5	-Charlas a las comunidades por parte de la Municipalidad para aclarar situación de servicios básicos.	-Municipalidad y Juntas de Vecinos.	-3 años

5.1. Problemas de Salud Prioritarios

Problema con Primera Prioridad:

Adultos Mayores en riesgo (Dependencia, Comorbilidad o sin redes de apoyo)

San Rafael es comuna pequeña de 10.107 habitantes según estimaciones INE para el año 2017, emplazada a 17 Km. al norte de Talca, donde la mayoría de la población se dedica a la agricultura en trabajos de temporada, con sobre un 48% de la población distribuida en la zona rural. Presenta servicios básicos como Municipalidad, Retén de Carabineros, Cuerpo de bomberos, Registro Civil y un CESFAM, la educación comunal es administrada por el Departamento de Educación, el cual tiene a su cargo las seis escuelas básicas, además de dos salas cuna. La comuna no cuenta con educación media, razón por la cual las personas que egresan de la educación básica deben continuar sus estudios, principalmente, en la ciudad de Talca.

Si establecemos una asociación entre educación insuficiente y personas dedicadas a la agricultura de temporada, nos enfrentamos a una población adulto mayor de bajo nivel socioeconómico, que se ha dedicado gran parte de su vida trabajos en el campo, lo que ha deteriorado su condición física. Otro oficio muy extendido en la comuna fue la quema de carbón (fabricación de carbón de espino), lo que genera que existe mucha enfermedad pulmonar crónica en este grupo etario.

Otro dato importante a destacar es la gran cantidad de adultos mayores con patologías crónicas no transmisibles, esto puede estar influenciado por muchos determinantes sociales, sin embargo, se destaca el bajo nivel educacional, el trabajo duro en el campo y la herencia genética, que determina una población mayor en un gran porcentaje enferma. Esto se ve reflejado en que los adultos mayores que están bajo control, son casi exclusivamente pacientes cardiovasculares y un porcentaje muy menor bajo el 10% son personas sin enfermedades crónicas.

Actualmente la población bajo control por sector de adultos mayores se encuentra dividida y organizada por patologías y no por condición funcional, es decir, distribuida en hipertensos, diabéticos, dislipidémicos y sujetos sin enfermedad cardiovascular. Por este motivo se ve fundamentado el trabajar en un diagnóstico local de adultos mayores sin redes de apoyo o con alteraciones en la funcionalidad que puedan indicar riesgo de dependencia, lo que sin duda, significa un alto costo sanitario para nuestro servicio. La comuna no cuenta con centros de larga estadía para adultos mayores, aquellos que deben ser institucionalizados son derivados a otras comunas como Talca y Molina.

Los problemas de salud que afectan a los adultos mayores, son sin duda el problema más mencionado por la comunidad, por este motivo los equipos tanto urbano como rural ejecutan estrategias para abordar esta problemática de manera eficiente y con criterios de calidad, incluyendo a los adultos mayores, las familias y el trabajo comunitario.

Obesidad en la población general

Es un hecho ampliamente reconocido y documentado en la literatura la importancia de la obesidad en el adulto como factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como diabetes tipo 2.

Este es un aspecto preocupante en la población chilena, en la medida que el 22% de la población adulta es obesa (IMC ≥ 30), y que la prevalencia de obesidad aumenta en forma muy significativa a medida que se avanza en edad, 9% en los jóvenes menores de 25 años y casi el 30% en las personas de 65 y más años.

En la comuna de San Rafael un 12% de prevalencia de la población infantil pertenece al estado nutricional de obesidad, según serie P de Diciembre 2017, Programa de Salud Infantil, aumentando significativamente desde los 24 meses en un 9,3% de prevalencia.

En la población adulta de San Rafael bajo control del Programa de Salud Cardiovascular existe una prevalencia de 71,1% de obesidad y en la población adulta mayor de un 28.6%.

En total 629 personas de la comuna que están cautivas en bajo controles de algún programa son obesas.

También es una característica importante en la población de la comuna, que la obesidad está presente en familias completas incluyendo a abuelos, padres, hijos y nietos. Esto hace inferir que la herencia cultural en alimentación y actividad física es traspasada de generación en generación, lo que dificulta en gran medida el trabajo de los equipos de salud, pues debemos abarcar a todo el grupo familiar y no solo a uno de los segmentos para generar cambios en los estilos de vida.

La principal herramienta que se posee en Salud, es la estrategia de Promoción y así también lo percibe la comunidad de San Rafael, pues esto fue lo manifestado en el Diagnóstico Participativo 2015, donde varios representantes de las organizaciones ciudadanas consideran que la obesidad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta y adulta mayor.

Derivado del análisis de los datos obtenidos en este Diagnóstico Participativo, la comunidad propone como estrategia de abordaje la realización de talleres prácticos, donde se enseñe a preparar comidas saludables con los insumos que las familias puedan comprar de acuerdo a su poder adquisitivo, con el fin de implementar estas mejoras en su rutina diaria.

Medio ambiente

El medio ambiente son los conjuntos de componentes físicos, químicos, biológicos, sociales, económicos y culturales capaces de causar efectos directos e indirectos, en un plazo corto o largo sobre los seres vivos. Desde el punto de vista humano, se refiere al entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o de la sociedad en su conjunto.

Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y en un momento determinado, que influyen en la vida del ser humano y en las generaciones futuras. Es decir, no se trata sólo del espacio en el que se desarrolla la vida, sino que también comprende seres vivos, objetos, agua, suelo, aire y las relaciones entre ellos, así como elementos tan intangibles como la cultura.

Es por esto que cuando se hace mal uso de los recursos naturales, que hay a disposición, se pone en peligro el aire y el agua; ambos recursos indispensables para vivir, por tanto se debe hacer conciencia del uso que se le da.

Proteger el medio ambiente es parte de las actividades que en el Centro de Salud se deben promover, ya que convierte a la comunidad en un agente dinámico y así se fomenta la cooperación que nos garantizará un mejor futuro y una comunidad más sanos.

El deterioro en que se encuentra el medio ambiente, exige que se asuman responsabilidades sobre la contaminación ambiental y los peligros que representan para el desarrollo de la sociedad, con la finalidad de contribuir a contrarrestarlos.

Como Centro de Salud Familiar, es nuestro deber fortalecer al ámbito de promoción de la salud en las comunidades y parte importante de ello es el cuidado del ambiente en que estas personas y sus familias se desenvuelven, pues así se contribuye a minimizar los riesgos ambientales que puedan provocar enfermedades, ya sea por parte de él o porque dañamos nuestro ecosistema.

Es por esto que derivado del Diagnóstico Participativo de Salud 2017, las comunidades manifiestan gran preocupación por la contaminación ambiental derivado por malos olores que provienen de las fosas sépticas de las casas sobre todo del área rural, pues consideran que la frecuencia de limpieza de éstas es bajo o que no se realiza en todas las casas al mismo tiempo.

Como propuesta de solución requieren que el camión limpia fosas de la I. Municipalidad sea más frecuente en su ruta y que se haga la limpieza sectorizada para evitar los malos olores. Además solicitaron que por parte del CESFAM se realicen educaciones para evitar el contagio de enfermedades transmisibles por contaminación ambiental.

Alcohol y drogas

El consumo de alcohol se ha asociado a más de sesenta problemas de salud, incluyendo aquellos problemas que tienen atribución causal completa (dependencia de alcohol, intoxicación alcohólica, gastritis alcohólica, daño hepático alcohólico, entre varios), o bien atribución causal parcial (cáncer de mama, cáncer hepático, cáncer esofágico, epilepsia, hipertensión, accidente cerebrovascular hemorrágico, pancreatitis aguda, entre otros).

Así mismo se han observado importantes consecuencias tras la ingesta de alcohol en mujeres embarazadas para el desarrollo fetal y posterior del niño. Entre las consecuencias más importantes se encuentra el retardo mental, síndrome alcohólico fetal, bajo peso al nacer y déficit del crecimiento.

El consumo de drogas ilícitas representa una conducta de riesgo para la salud y el desempeño social de la persona que consume. El consumo de drogas ilícitas se asocia a mayor frecuencia de traumatismos intencionales y no intencionales, pérdidas económicas, sufrimiento y empobrecimiento familiar y social, delitos, sexo inseguro y otras circunstancias que afectan a terceros y a la sociedad en general.

La realidad del uso de sustancias en adolescentes chilenos merece preocupación. Según el “Sexto Estudio Nacional de drogas en la población general”, la prevalencia de vida de consumo de alcohol llega a 62.85% en este grupo.

En el diagnóstico participativo 2017, la comunidad refiere que el consumo problemático de alcohol y drogas afecta de manera importante a la población de San Rafael, especialmente a los adolescente y adultos de sexo masculino.

Este problema fue analizado en conjunto con integrantes de la comunidad quienes plantean estrategias dentro de las cuales destaca: el trabajo conjunto con organizaciones comunitarias, con instituciones policiales y comunales, con un enfoque educativo y preventivo, en el marco de la Guía AUGE para el Consumo Perjudicial y Dependencia de Alcohol y otras drogas.

Sección II: Evaluación

1. Evaluación de resultados por Curso de la vida cruzado con Programas, al 2017

Con su respectivo análisis. Los programas que no tengan metas, en el punto 1, es porque están en las metas sanitarias.

1.1.-Programa Infantil

	<u>Total</u>	<u>%</u>
Porcentaje obesidad menor 6 años	99 niños	13.8%
Cobertura vacunación	=	=
Cobertura RX caderas 3 meses	68 rx realizadas	56.6
Porcentaje de control de salud diada antes de los 10 días	81 controles	63.18
Porcentaje de niños con rezago EDP y TEPSI derivados a sala estimulación	14 niños	93.3
Porcentaje de niños/as con déficit DSPM en primera evaluación ingresados a sala estimulación	1 niño	100%
Porcentaje de VDI niños prematuros	2 visita	66.6
Porcentaje de VDI niños menores de 6 meses post alta hospitalización por BN	0	0
Porcentaje de VDI niños con riesgo grave a morir por BN en menores de 7 meses	0	0

2.2-Programa Adulto

Total Pacientes	Con Diabetes 2017	Total pacientes amputados Pié Diabético	% de Amputación
	587	4	0.7%

Total pacientes del programa CV	Pacientes con ERC	Cobertura
1596	830	52%

- Porcentaje de adultos mayores autovalentes con riesgo. 15%
- N° personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND / Total población comunal
37 PsD / -----
- N° de PsD que cuentan con RND por discapacidad física / Total de personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND
22 PsD Físico / 37 PsD
- N° de PsD entre 0 y 9 años que cuentan con RND / Total de personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND
1 PsD / 37 PsD
- N° de PsD entre 10 y 24 años que cuentan con RND / Total de personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND
4 PsD / 37 PsD
- N° de PsD entre 25 y 64 años que cuentan con RND / Total de personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND
21 PsD / 37 PsD
- N° de PsD con 65 años y más que cuentan con RND / Total de personas en situación de discapacidad (PsD) que cuentan con RND
11 PsD / 37 PsD

INDICADOR	INFORMACION SOLICITADA
Porcentaje de adolescentes embarazadas	15.4%
Numero de Gestantes VDRL (+) con seguimiento	0
Número de mujeres VIH (+) con control ginecológico.	1
Numero de ingresadas a control Climaterio en el año.	0

Número de consulta Morbilidad Obstétrica por médico y matrona.	98 a Agosto por Matrona
Número de consulta Morbilidad Ginecológica por médico y matrona.	618 a Agosto por Matrona
Cobertura de Regulación de fecundidad.	54%
Hombres en control Regulación de fertilidad.	0
Número de consultas por entrega de Anticonceptivo de emergencia (ACE)	2
% de adolescentes embarazadas y 2° embarazo para asegurar rescate para anticoncepción.	18.8%
N° de mujeres fallecidas por cáncer de mama, último año disponible. (Fuente DEIS 2011)	Nacional: 1347 casos-Tasa:15.5 Región del Maule: 75 casos –Tasa 14.7 San Rafael: Sin datos locales formales
N° de mujeres fallecidas por cáncer Cervico uterino, último año disponible.	Nacional: 587 casos-Tasa: 6.7 Región del Maule: 38 casos –Tasa 7.5 San Rafael: Sin datos locales formales

2.3.-Programa Odontológico

- Cobertura de altas Más Sonrisas para Chile: 170 pacientes
- Cobertura de altas alumnos 4° medio. No existe programa en la comuna
- Cobertura de altas Sembrando Sonrisas: 251 niños

Evaluación de GES,
Hasta la Fecha hay un 100% de cumplimiento
IAAPS 2016 – 2017

N	META	Cumplimiento 2016	2do Corte %
1	Centros de Salud evaluados MAIS		
2	Familias valuadas según riesgo familiar		100
3	Gestión de reclamos	100	100
4	Continuidad de la atención	100	100
5	Tasa de consultas medicas/hab.		100
6	% Consultas resueltas		96.332
7	Tasa de visitas Domiciliarias Integrales	53.30	33.29
	Cobertura EMP hombre	100	100
	Cobertura EMP mujeres	100	100
	Cobertura EMPA	100	100
9	Cobertura de ev. DPS	100	87.47
10	Cobertura Control integral del adolescente	76,88	100
11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológicas.	100	100
12	Cobertura de atención trastornos mentales	100	100
13	Cobertura de atención de Asma y EPOC	100	100
14	Cobertura Capacitación de cuidadores PDS		100
15	Cumplimiento GES	100	100
16	Cobertura Vacunación Influenza	100	100
17	Ingreso precoz a embarazo	96,42	100
18	Cobertura método anticonceptivo en adolescentes		100
19	Cobertura efectiva de DM	100	99,98
20	Cobertura efectiva de HTA	100	94,09
21	Proporción en pobl. Menor de 3 años libres de caries		100

Este año hemos mejorado considerablemente el cumplimiento de las metas, realizando una distribución de las actividades y monitorizando su realización

Cumplimiento Metas sanitarias 2016
Recuperación DSM 111%
Detección precoz CA CU 100%
Alta odontológica 6 años 100%
Alta Odontologica 12 años 100%
Cobertura DM 102%
Cobertura Pie DM 103%
Cobertura HTA 92,17%
Lactancia Materna en menores de 6 meses 121%
Participación social 100%

3. Evaluación de Desarrollo del MAIS al 2017

Referente del programa

Nombre: Valeska Rojas Rojas

Correo Electronico: valkine@gmail.com

Teléfono: 712651002-94370085

El MAIS inicia el año 2015 y se fue trabajando bianual logrando como centro de salud el 95% de cumplimiento de los requerimientos básicos, al aplicar la pauta de este año nos dimos cuenta que debido a la sobrecarga laboral del equipo y la falta de tiempo no se realizó seguimiento de las actividades lo que nos llevo que al aplicar nuestra pauta este año logramos un 48% de cumplimiento.

Se eligieron tres ejes principalmente el de salud familiar, porque es el eje del programa y Calidad y centrado en la atención abierta porque eran los cuales tenían menos porcentaje de cumplimiento.

El Mayor desafío de este programa es cumplir como equipo a pesar de la gran carga asistencial

Adjunplan de mejora por centro autoevaluado.

Eje de evaluación	Codigo componente	Descripción de la brecha	Causa de la brecha	Acciones de Mejora	Tiempo	Responsable de Tarea	Recursos necesarios	Presupuesto estimado	Indicador de seguimiento	Responsable del seguimiento y evaluación de implementación	Tiempo estipulado para el plan de mejora (carta GPPA) 2017														
											I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			
Salud Familiar	1.1	Se tiene protocolo pero no se ha implementado dentro del GPPA	Sobrecarga Laboral	-Dar a conocer el protocolo. -Chear protocolo de manejo de crisis no normativa	-Ofundi protocolo en reuniones clínicas, comités -Evaluación cada 3 meses de la puesta en marcha	Carmina Alarcón	Recurso Humano		Número de familias con crisis normativas con protocolo aplicado / número de familia con crisis normativas	Valeska Rojas													X		
	1.2	No existe protocolo de manejo de crisis no normativa	Gestión	-Chear protocolo de manejo para familias con crisis no normativa	-Creación de protocolo -Difusión de protocolo	Vanesa Díaz	Recurso Humano		La existencia del Protocolo	Valeska Rojas													X		
	2.1	Seja cobertura de la aplicación de encuesta familiar	Falta de horas PPS-PI	Aplicación de la encuesta al 30% de la población	Programar en terreno la aplicación de las encuestas familiares	Basilir Zanfano	Horas Extra	810.427	Número de familias con encuesta vigente/ número de familias inscritas	Valeska Rojas														X	
	2.2	Actualmente no se ejecuta protocolo de estudio de familia y plan de abordaje a nivel local	gestión	Ejecutar protocolo de estudio de familia	-Ofundi protocolo -Chear cumplimiento de protocolo	Carmina Alarcón	Recurso Humano		Número de estudios de familia realizados / número de familias inscritas	Valeska Rojas															X
	3.2	No existen talleres para pacientes cardiovascular	Sobrecarga Laboral	Implementación de talleres del programa Cardiovascular	-Informe a encargada del programa -Informe a Secciones -Pedir familias a contactar	Basilir Zanfano	Recurso Humano		Número de talleres realizados/ número de talleres programados	Valeska Rojas														X	
Calidad	1.2	No se identifica en SUR por consultantes por lo tanto no se realiza plan de trabajo	Cambio de encuesta	Identificar por consultantes	-Pedir informe a encargada SUR -Identificar características de encuesta -Chear plan de trabajo	Marcela Clave	Recurso Humano		Informe mensual de encuesta	Valeska Rojas														X	
		No se cuenta con evaluación anual de la gestión de la demanda	Sobrecarga Laboral	Evaluar plan de gestión de la demanda	-Revisión y evaluación de la gestión de la demanda	Basilir Zanfano	Recurso Humano		Evaluación del plan de gestión de la demanda	Valeska Rojas														X	
	1.3	El establecimiento no ha solicitado reportar	Sobrecarga Laboral	Pedir o contactar por informe	-Solicitar mediante Mail reporte al Hospital -Pedir a la unidad de interconsulta local reportar mensual	Basilir Zanfano	Recurso Humano		Mail solicitando la información E informe local	Valeska Rojas															X

Centrado en la atención abierta	2.2	No se cuenta con plan de mejora continuo	Sobrecarga Laboral	Elabore plan de mejora	Revisión de plan de mejora Implementación de plan de mejora	Marcela Clave	Recurso Humano		El plan de mejora	Valeska Rojas														X	
	3.1	No existe plan de acción para disminuir la hospitalización de los menores de 65 años	Sobrecarga Laboral	Elabore plan de acción para disminuir la hospitalización con menores de 65 años	-Solicitar reportes de altas hospitalarias -Elaborar Plan de acción	Basilir Zanfano	Recurso Humano		Plan de acción	Valeska Rojas															X
	3.2	No se cuenta con encuesta local de satisfacción consero	Sobrecarga Laboral	Aplicar encuesta de satisfacción local	-Crear encuesta -Aplicar encuesta -Elaborar plan de mejora	Marcela Clave	Recurso Humano		Resultados y plan de acción de la encuesta	Valeska Rojas															X
	1.1	No hay control reportes y no se actualiza regularmente	Sobrecarga Laboral	Solicitar informe mensual	Enviar mail solicitando información	Basilir Zanfano	Recurso Humano		Los reportes y plan	Valeska Rojas															X
		No se ha implementado protocolo	Sobrecarga Laboral	Implementar protocolo	-Ofundi protocolo -Chear utilización de protocolo	Vanesa Díaz	Recurso Humano		Auditoría de fichas	Valeska Rojas															X
	No se ha implementado protocolo	Sobrecarga Laboral	Implementar protocolo	-Ofundi protocolo -Chear utilización de protocolo	Carmina Alarcón	Recurso Humano		Auditoría de fichas	Valeska Rojas																X
	No se ha realizado capacitación según normas del programa de dependientes	Falta de recursos humanos	Realizar capacitación	Planificar capacitación	Marcela Clave	Recurso Humano	810.427	Número de capacitados/ número de capacitables PQS	Valeska Rojas															X	
	Solo se ha realizado una visita integral a los pacientes con dependencia severa	Sobrecarga Laboral	Realizar visitas	Planificar visitas -Calendario de visitas	Marcela Clave	Recurso Humano		Número de visitas domiciliarias integradas realizadas a familias de PQS/ número de familias con PQS	Valeska Rojas															X	

4. Evaluación de Acreditación en Calidad al 2017

Referente del programa

Nombre: Valeska Rojas Rojas

Correo Electronico: valkine@gmail.com

Teléfono: 712651002-94370085

- *Actualmente San Rafael Cuenta con autorización sanitaria tanto para el CESFAM de la comuna como para la posta Pangué Arriba*
- *Como CESFAM se tomo la decisión de ir trabajando protocolos obligatorios y no obligatorios sin la difusión correspondiente por eso nuestra pauta de autoevaluación presenta solo un 10% de cumplimiento, como equipo y considerando la poca cantidad de horas se privilegio actualmente el MAIS Planificando nuestro trabajo de calidad iniciaría según nuestro plan de trabajo el año 2018.*
- *Pauta de cotejo Se enviara por mail*

Sección III: Plan de Cuidados de Salud de la Población

1. Plan de acción 2018 por establecimiento

Definir localmente los Principales problemas que afectan a los CESFAM, CECOSF, Hospitales Comunitarios o departamentos de Salud en las comunas donde solo existe PSR y Hospitales Comunitarios.

Se debe realizar una priorización máxima de 3 problemas de salud, en sintonía con el resultado del Diagnóstico de la Situación Comunal (perfil epidemiológico) y Diagnóstico Participativo.

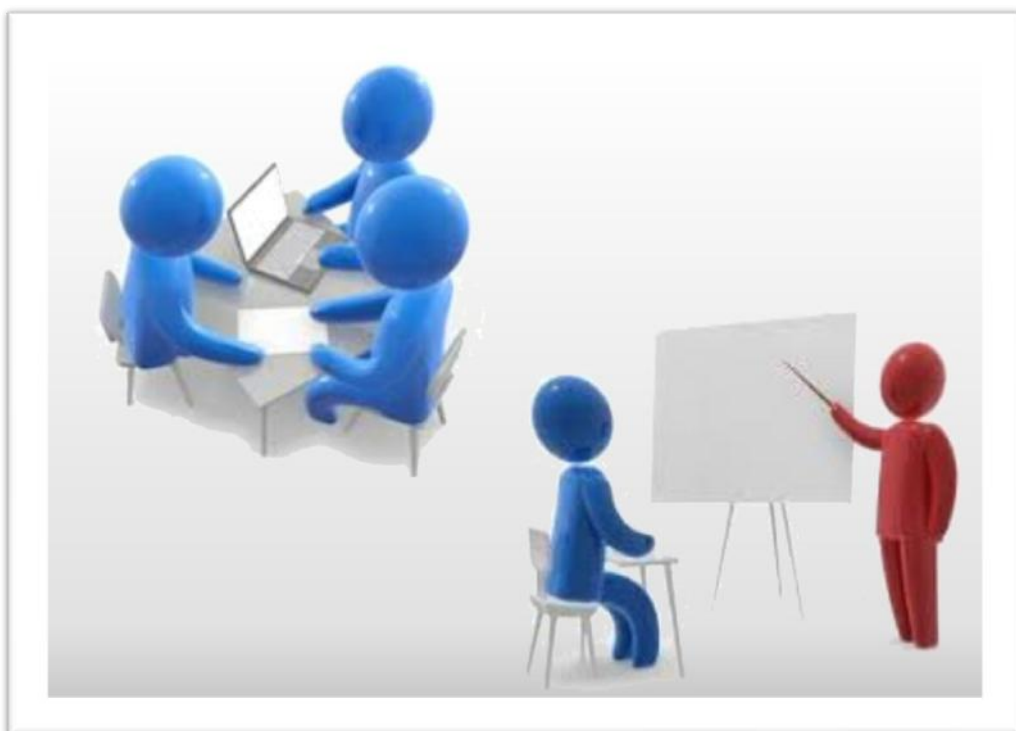
Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Alta Tasa de insistentes a controles de crónicos	Aumentar la compensación efectiva de las patologías crónicas de la población	El 40% de la población esta inasistente a sus controles y de ellos el 20% retira sus remedios	Disminuir en un 80% tasa de inasistencia a programa de crónicos	Número de pacientes bajo control/ número de pacientes con patología Crónica x100	No entregar medicamentos si no presentan controles al día	SOME Farmacia Equipo	Programas Crónicos
Alto porcentaje de adultos mayores en la comuna	Mejorar sus redes de apoyo Mejorar calidad de vida	No existe catastro de AM sin redes No hay actividades específicas para ellos desde salud	Meta Tener catastro de am sin redes y generar instancias de interacción	Número de actividades realizadas/Número de actividades Programadas x100	Crear catastro de Adultos Mayores de las localidades rurales. -Realizar actividades educativas y de acompañamiento a adultos mayores -Realizar talleres de actividad física a los adultos mayores.	Equipo	Realización de las actividades

Alto consumo de Psicóticos en la comunidad	Disminuir el consumo de psicóticos en la comunidad	El 40% de la población esta inasistente a sus controles y de ellos el 20% retira sus remedios	Disminuir en un 80% tasa de inasistencia a programa	Número de pacientes bajo control/ número de pacientes con patología x100	No entregar medicamentos si no presentan controles al día Aumentar la derivación a psicólogo	SOME Farmacia Equipo	Programa
--	--	---	---	--	---	----------------------------	----------

3. Programa de Capacitacion



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA 2018



INTRODUCCION

El Plan de Capacitación del Centro de Salud Familiar de San Rafael del año 2018 correspondiente al periodo 01 de septiembre de 2017 al 31 de agosto de 2018 se ha elaborado por el Comité Bipartito de Capacitación en virtud del cumplimiento de lo dispuesto en la ley N° 19.378 del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

La capacitación, es un proceso educacional que garantiza la oportunidad, equidad y accesibilidad, principios por los que ha velado y velará el Comité de Capacitación. Para el cumplimiento de estos principios los funcionarios son agentes muy valiosos y determinantes para que este proceso pueda llevarse a cabo. La capacitación, además es un instrumento de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistémica, mediante el cual los funcionarios internos adquieran, desarrollen conocimientos y habilidades específicas relativas al trabajo, modifiquen actitudes frente a aspectos del ambiente laboral.

Cada año el Ministerio de Salud entrega orientaciones a los Servicios de Salud del país con los Lineamientos Estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales, dirigidos tanto al personal de la Red Asistencial adscrito a la Ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, a los profesionales de las leyes N° 19.664 y 15.706 y al personal regido por la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria Municipal.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la adquisición de conocimientos y desarrollo de capacidades de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de Atención Primaria de Salud para la implementación de los objetivos y desafíos de la Atención Primaria de Salud, en el marco de los objetivos sanitarios de la década y del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar en los funcionarios conocimientos y habilidades específicas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.
- Generar instancias aprendizajes específicos al área de trabajo de cada funcionario para el mejoramiento en la calidad de los servicios entregados.
- Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.
- Dar cumplimiento a lo señalado la Ley 19.378 artículo 58º respecto de formular anualmente un proyecto de Programa de Salud Municipal, el cual deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud.

MARCO JURÍDICO DEL PROGRAMA

Considerando la importancia que tiene el marco jurídico para la construcción y desarrollo del Programa de Capacitación y en particular el reconocimiento de la misma para la Carrera Funcionaria, se incluyen los principales aspectos relacionados con la capacitación señalados en el Estatuto de Atención Primaria de la Ley 19.378 y sus reglamentos (General de la ley 2.296/95 y de la Carrera funcionaria, Decreto 1889/95).

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en la Ley 19.378:

Artículo 22º: “Las entidades administradoras serán autónomas para determinar la forma de ponderar la experiencia, la capacitación y el mérito para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, según los criterios objetivos que al efecto se fijen en el reglamento municipal respectivo.

Artículo 38º: Define que para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos”.

Artículo 42º: Indica que se reconocerán las actividades de capacitación, los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.

Artículo 43º: “Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal. Los funcionarios del Sistema tendrán derecho a participar, hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento, reguladas por el reglamento”.

Artículo 58º: Señala que las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de Programa de Salud Municipal, el cual deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución. Por otra parte, el Alcalde remitirá el programa anual aprobado, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del año anterior al de su aplicación. Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde, y si éstas fueren rechazadas total o parcialmente, se constituye una comisión ad hoc la cual deberá resolver las discrepancias a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.

Artículo 59º: Establece que se constituirán comisiones técnicas de salud intercomunal en cada jurisdicción de Servicios de Salud, de carácter asesor, las cuales se apoyaran técnicamente en la formulación de los programas de salud, en alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal, entre otras materias.

Artículo 60º: Define que los Servicios de Salud supervisarán el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del programa de salud municipal.

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en el Reglamento General de la Ley 19.378, aprobado en Decreto N° 2296, publicado el 23 de diciembre de 1995.

Artículo 12º: Define que las Entidades Administradoras de Salud Municipal formularán anualmente el programa anual de actividades en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud. Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos;
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado;
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente;
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar;
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.

6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.

7. Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Artículo 13º: Señala que el Programa de Salud Municipal deberá considerar el Programa de Capacitación del Personal, las actividades de educación para la salud, las reuniones técnicas, el trabajo en comunidad, la participación en comisiones locales y cualquier otra actividad que permita estimar los nuevos requerimientos y realizar las evaluaciones correspondientes.

Artículo 24º: Establece que las comisiones intercomunales en las alternativas de capacitación y perfeccionamiento, las podrán apoyar técnicamente en aquellas iniciativas destinadas a armonizar la capacitación y el perfeccionamiento en materias que tengan relación directa con la atención primaria,

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en el Reglamento de la Carrera Funcionaria de la Ley 19.378, aprobado en Decreto N° 1889, del 29/11/1995.

Artículo 39º: Indica que para efectos de la Carrera Funcionaria, se reconocerán como actividades de capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un Programa de Formación de Recursos Humanos reconocido por el Ministerio de Salud y que tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención y promover el desarrollo de los funcionarios

Artículo 40º: “ El Programa de Capacitación Municipal será formulado anualmente sobre la base de los criterios definidos por el Ministerio de Salud al efecto, en relación a los Programas de Salud Municipal, previa revisión y ajuste presupuestario por las Entidades Administradoras **y será enviado a más tardar el día 30 de noviembre al Ministerio de Salud**, el cual tendrá un plazo de 15 días para reconocer o hacer observaciones al programa de capacitación, en cuyo caso se procederá conforme a lo establecido, para el Programa de Salud Municipal, **a fin de que estas discrepancias estén resueltas a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.**”

Artículo 41º: “El Programa de Capacitación Municipal, será reconocido por el Ministerio de Salud, conjuntamente con la aprobación del Programa de Salud Municipal y tendrá las siguientes características:

- a) **Fundamentación del Programa:** Se elaborará teniendo en consideración las necesidades de capacitación que presenten los funcionarios del establecimiento y los objetivos de los Programas de Salud.
- b) **Los objetivos de aprendizaje generales** y específicos para el logro de las competencias de desempeño a adquirir por los participantes en cada una de las actividades programadas.
- c) **Contenidos y metodologías educativas.**
- d) **Número de participantes por categoría, y**
- e) **Duración en horas pedagógicas** de cada una de las actividades de capacitación.”

Artículo 42º: Señala que el Ministerio de Salud para la aprobación del Programa de Capacitación Municipal evaluará **la consistencia** de éste con el Programa de Formación de Recursos Humanos reconocido por el Ministerio de Salud y con las necesidades y prioridades del Programa de Salud Municipal, y **los elementos del programa local** señalados en la formulación del programa y que sólo serán válidos para los efectos de ser consideradas en el proceso de acreditación, las actividades de capacitación efectuadas por organismos capacitadores reconocidos por el Ministerio de Salud (**Artículo 43º**).

Artículo 44º: Define por cursos, a las actividades de capacitación programadas de tipo teórico y práctico, que tienen por objetivo desarrollar las competencias que se requieren para el desempeño de la respectiva categoría o área funcional y **por estadías** a las actividades de capacitación programadas de carácter eminentemente práctico que podrán ser realizadas en su establecimiento o fuera de él, que tienen por objetivo el aprendizaje en el trabajo de las competencias que requiere el personal para incorporar las innovaciones tecnológicas o desarrollar nuevas habilidades en el área funcional de desempeño.

Artículo 45º: Señala las exigencias de los cursos y estadías realizadas por cada funcionario para ser computados como elemento Capacitación de la Carrera Funcionaria y que corresponden a:

- a) Estar incluido en el Programa de Capacitación Municipal.
- b) Cumplir con la asistencia mínima requerida para su aprobación, y
- c) Haber aprobado la evaluación final.

Artículo 47º: Establece que las Entidades Administradoras podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios entre si y/o con instituciones del sector público y del privado para favorecer la capacitación de su personal.



ENCUESTA DE CAPACITACIÓN 2018

Estimados funcionarios CESFAM San Rafael, la siguiente encuesta está dirigida en recoger sus inquietudes para temas de Capacitación año 2018.

Usted debe marcar en creciente (del 1 al 5), sus preferencias, entre los siguientes temas:

1. _____ Lactancia Materna
2. _____ REAS
3. _____ Autocuidado Físico y Mental
4. _____ Kreyol básico (lenguaje Haitiano)
5. _____ Lengua de Señas
6. _____ Trabajo en Equipo
7. _____ Salud Familiar
8. _____ Control Infantil
9. _____ Trabajo con la Comunidad
10. _____ Trabajo de Pacientes Conflictivos
11. _____ Otro

En caso de que una de sus preferencias sea OTRO, por favor escribir nombre de capacitación:

GRACIAS

COMITÉ DE CAPACITACION

TABULACIÓN ENCUESTA DE CAPACITACIÓN

Durante el mes de Noviembre del año 2017 se realizó la Encuesta de Necesidades de Capacitación del CESFAM San Rafael. A continuación se dan a conocer los resultados de la encuesta cuyo objetivo fue conocer el real interés que tienen en el ámbito de Capacitación.

Los resultados incluyen las respuestas de los funcionarios en base a sus intereses personales de capacitación.

Participaron funcionarios de los distintos sectores:

- Equipo Sector Rural
- Equipo Sector Urbano
- Equipo Sector Transversal Clínico
- Equipo Sector Transversal Apoyo
- Equipo de Administración

Los temas seleccionados corresponden a los más mencionados por los funcionarios en las encuestas.

1. Autocuidado Físico y Mental
2. Salud Familiar
3. Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales
Ley 16.744
4. Lactancia Materna
5. REAS

SISTEMA DE APROBACIÓN PARA CURSOS DICTADOS POR EL EQUIPO DE SALUD COMUNAL DE SAN RAFAEL

Se medirán 2 parámetros para determinar el nivel de aprobación.

- **Asistencia** : 100% asistencia
- **Calificación :NOTA**

7.0 - 6.0 = Calificación Máxima

5.9 - 5.0 = Calificación Media

4.0 - 4.9 = Calificación Mínima

Inferior a nota 4.0= No da derecho a puntaje solo certificado de asistencia.

**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS****SECCIÓN CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN****FICHA DE PROYECTO****“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN”****MARCOS LEGALES 18.834 Y 19.664 y a disposición de 19.378****ESTABLECIMIENTO: CESFAM San Rafael****AÑO: 2018****✓ NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

- ✓ Lactancia Materna

✓ LÍNEA ESTRATÉGICA

- ✓ Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en la red del servicio Público de Salud.

✓ REQUERIMIENTO

- ✓ Dar apoyo eficiente y condiciones efectivas a usuarias para una buena lactancia materna.
- ✓ Otras áreas de intervención.

✓ BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ Este curso pretende capacitar en nivel básico a funcionarios del Centro de Salud Familiar de San Rafael, para el cumplimiento del Régimen de garantías explícitas en Salud GES, cumpliendo así los objetivos del Plan Nacional de Salud 2011-2020.

✓ PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

- ✓ Esta actividad tiene por objetivo entregar herramientas a los funcionarios de apoyo a los usuarios de familias de gestantes y lactantes, que se atienden en nuestro Centro de Salud Familia.

✓ REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

- ✓ Ser funcionarios del Centro de Salud
- ✓ Prestadores de Servicio en Salud de San Rafael.

✓ OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

- ✓ Fomentar la Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses como mínimo.
- ✓ Conocer los beneficios de la Lactancia Materna desde el nacimiento y promover dichos beneficios con nuestros usuarios.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

- El funcionario podrá manejar e identificar
- ✓ Los siete pasos para la Lactancia exitosa en Centros de Atención Primaria.
 - ✓ Apoyar a usuarias en extracción de leche materna.
 - ✓ Apoyar a usuarias en mantención de leche materna.
 - ✓ Apoyar a usuarias en técnicas de amamantamiento.

✓ PRINCIPALES CONTENIDOS

- ✓ Que es la Lactancia Materna.
- ✓ Beneficios de Lactancia Materna.
- ✓ Lactancia materna v/s Formula
- ✓ Técnica de almacenamiento de Lactancia Materna
- ✓ Técnica de amamantamiento.

✓ NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

- ✓ 8 horas pedagógicas
- ✓ Teóricas – Prácticas

✓ METODOLOGÍA A EMPLEAR

- ✓ Curso - Taller

✓ ENFOQUE DE GÉNERO

- ✓ El curso está destinado tanto a funcionarias y funcionarios del Centro de Salud San Rafael.

✓ PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	4
B	13
C	18
D	2
E	11
F	11
TOTAL	59
OTROS (HONORARIOS)	20
TOTAL GENERAL	79

✓ COSTO ESTIMADO

	Ley 18.834	Ley 19.664	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros				
- 002 Pagos a Profesores y Monitores			200.000	
- 003 Convenio con universidades				
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, atención a participantes y otros necesarios para las actividades a desarrollar).				100.000
Sub-Total				
Costo Total Estimado	\$ 300.000			

✓ SISTEMA DE APROBACIÓN

TIPO DE EVALUACIÓN	Satisfacción	x	Cantidad de participantes	
	Aplicabilidad	x		
	Aprendizaje	x		
TIPO DE APROBACIÓN	Nota	x	Nota Mínima	4.0
	Asistencia	x	Porcentaje Mínimo	100

*Si es "Satisfacción" lleva Nota, si es "Aprendizaje" lleva Asistencia

✓ RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Los funcionarios podrán apoyar de manera más óptima y efectiva a usuarias gestantes y madres que estén en periodo de lactancia.

✓ OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

- ✓ Oferente externo

✓ RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE : María Beatriz Tobar Arancibia – Emilio Yáñez

CARGO : Educadora de párvulos – Kinesiólogo

TELÉFONO DE CONTACTO : 071 -2 651002

E-MAIL : mabetar@gmail.com - yanezmoraga@gmail.com

✓ FECHA ESTIMADA DE REALIZACIÓN

- ✓ 17 de abril del 2018 – Sector Rural
- ✓ 19 de abril del 2018 – Sector Urbano

✓ INDICADORES

- ✓ Número de Funcionarios del centro de salud capacitado en Lactancia Materna/Numero de Funcionarios totales del Centro de Salud.

**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS****SECCIÓN CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN****FICHA DE PROYECTO****“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN”****MARCOS LEGALES 18.834 Y 19.664 y a disposición de 19.378****ESTABLECIMIENTO: CESFAM San Rafael****AÑO: 2018****✓ NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

- ✓ Residuos de Establecimiento de Atención de Salud REAS

✓ LÍNEA ESTRATÉGICA

- ✓ Fortalecer el modelo de atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan

✓ REQUERIMIENTO

- ✓ Prevención y control de residuos que puedan afectar a usuarios y funcionarios del Centro de Salud.
- ✓ Otras áreas de intervención.

✓ BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ Este curso pretende entregar al funcionario, los conocimientos del riesgo que pueden producir las distintas categorías de residuos tanto a funcionarios, usuarios y población en general.

✓ PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

- ✓ Esta actividad tiene por objetivo entregar las herramientas teórico-prácticas para afrontar las emergencias básicas de contaminación producida por residuos clínicos.

✓ REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

- ✓ Ser funcionarios del Centro de Salud
- ✓ Prestadores de Servicio en Salud de San Rafael.

✓ OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

- ✓ Prevenir y controlar riegos causados por residuos generados en el establecimiento de salud.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

- ✓ El funcionario podrá manejar e identificar
- ✓ Conservación de residuos
- ✓ Contenedores de almacenamiento o transporte de residuos
- ✓ Manejo básico de residuos

✓ PRINCIPALES CONTENIDOS

- ✓ Categorías de residuos
- ✓ Almacenamiento y transporte de residuos
- ✓ Conservación de residuos

✓ NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

- ✓ 8 horas pedagógicas
- ✓ Teóricas – Prácticas

✓ METODOLOGÍA A EMPLEAR

- ✓ Curso - Taller

✓ ENFOQUE DE GÉNERO

- ✓ El curso está destinado tanto a funcionarias y funcionarios del Centro de Salud San Rafael.

✓ PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	4
B	13
C	18
D	2
E	11
F	11
TOTAL	59
OTROS (HONORARIOS)	20
TOTAL GENERAL	79

✓ COSTO ESTIMADO

	Ley 18.834	Ley 19.664	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros				
- 002 Pagos a Profesores y Monitores			200.000	
- 003 Convenio con universidades				
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, atención a participantes y otros necesarios para las actividades a desarrollar).				300.000
Sub-Total				
Costo Total Estimado	\$ 500.000			

✓ SISTEMA DE APROBACIÓN

TIPO DE EVALUACIÓN	Satisfacción	x	Cantidad de participantes	
	Aplicabilidad	x		
	Aprendizaje	x		
TIPO DE APROBACIÓN	Nota	x	Nota Mínima	4.0
	Asistencia	x	Porcentaje Mínimo	100

*Si es "Satisfacción" lleva Nota, si es "Aprendizaje" lleva Asistencia

✓ RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Los funcionarios podrán prevenir y controlar los riesgos causados por residuos provenientes de nuestro Centro de Salud Familiar
- ✓ Los funcionarios podrán actuar efectivamente frente a desechos clínicos.

✓ OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

- ✓ Oferente externo

✓ RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE : María Beatriz Tobar Arancibia – Emilio Yáñez

CARGO : Educadora de párvulos – Kinesiólogo

TELÉFONO DE CONTACTO : 071 -2 651002

E-MAIL : mabetar@gmail.com - yanezmoraga@gmail.com

✓ FECHA ESTIMADA DE REALIZACIÓN

- ✓ 05 de junio del 2018 – Sector Rural
- ✓ 07 de junio del 2018 – Sector Urbano

✓ INDICADORES

- ✓ Número de Funcionarios capacitados REAS/ Numero de Funcionarios totales del Centro de Salud.



SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

SECCIÓN CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN

FICHA DE PROYECTO

“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN”

MARCOS LEGALES 18.834 Y 19.664 y a disposición de 19.378

ESTABLECIMIENTO: CESFAM San Rafael

AÑO: 2018

✓ NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Seguros de Accidente del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ley 16.744

✓ LÍNEA ESTRATÉGICA

- ✓ Generar estrategias de desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida laboral.

✓ REQUERIMIENTO

- ✓ La actividad tiene como objetivo, identificar, responsabilidad legal básica en salud ocupacional y prevención de riesgo.

✓ BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ Este curso pretende instruir a funcionarios del Centro de Salud Familiar de San Rafael, en las normativas de la ley 16.744.

✓ PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

- ✓ Esta actividad pretende resolver inquietudes de funcionarios de los distintos equipos de trabajo en políticas de seguridad y salud en el trabajo diario.

✓ REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

- ✓ Ser funcionarios del Centro de Salud
- ✓ Prestadores de Servicio en Salud de San Rafael.

✓ OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

- ✓ En esta capacitación los funcionarios serán capaces de generar estrategia de desarrollo organizacional, para el buen funcionamiento y cumplimiento de las normas legales hacia la salud física y emocional del trabajador de salud pública.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Conocer financiamiento y cumplimiento de las disposiciones establecidas por la ley 16.744
- ✓ Conocer categorías de clasificación según gravedad del accidente.

✓ PRINCIPALES CONTENIDOS

- ✓ Beneficios de la ley 16.744
- ✓ Clasificación de gravedad del daño producido por los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

✓ NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

- ✓ 8 horas pedagógicas
- ✓ Teóricas – Prácticas

✓ METODOLOGÍA A EMPLEAR

- ✓ Curso - Taller

✓ ENFOQUE DE GÉNERO

- ✓ El curso está destinado tanto a funcionarias y funcionarios del Centro de Salud San Rafael.

✓ PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	4
B	13
C	18
D	2
E	11
F	11
TOTAL	59
OTROS (HONORARIOS)	20
TOTAL GENERAL	79

✓ COSTO ESTIMADO

	Ley 18.834	Ley 19.664	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros				
- 002 Pagos a Profesores y Monitores			200.000	
- 003 Convenio con universidades				
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, atención a participantes y otros necesarios para las actividades a desarrollar).				200.000
Sub-Total				
Costo Total Estimado	\$ 400.000			

✓ SISTEMA DE APROBACIÓN

TIPO DE EVALUACIÓN	Satisfacción	x		
	Aplicabilidad	x	Cantidad de participantes	
	Aprendizaje	x		
TIPO DE APROBACIÓN	Nota	x	Nota Mínima	4.0
	Asistencia	x	Porcentaje Mínimo	100

*Si es "Satisfacción" lleva Nota, si es "Aprendizaje" lleva Asistencia

✓ RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Los funcionarios podrán manejar de manera óptima la información sobre derechos y deberes según ley 16.744

✓ OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

- ✓ Oferente externo

**✓ RESPONSABLE DEL PROYECTO**

NOMBRE : María Beatriz Tobar Arancibia – Emilio Yáñez

CARGO : Educadora de párvulos – Kinesiólogo

TELÉFONO DE CONTACTO : 071 -2 651002

E-MAIL : mabetar@gmail.com - yanezmoraga@gmail.com

✓ FECHA ESTIMADA DE REALIZACIÓN

- ✓ 14 de agosto del 2018 – Sector Rural
- ✓ 16 de agosto del 2018 – Sector Urbano

✓ INDICADORES

- ✓ Número de Funcionarios que reciben capacitación en Ley 16.744/ Número de Funcionarios totales del Centro de Salud.

**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS****SECCIÓN CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN****FICHA DE PROYECTO****“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN”**

MARCOS LEGALES 18.834 Y 19.664 y a disposición de 19.378

ESTABLECIMIENTO: CESFAM San Rafael

AÑO: 2018

✓ NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

- Salud Familiar

✓ LÍNEA ESTRATÉGICA

- ✓ Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que sustentan el trabajo en APS.

✓ REQUERIMIENTO

- ✓ Énfasis en el Rol del Personal de Salud en el Nuevo Modelo de Salud Familiar.
- ✓ Facilitación del proceso de toma de decisiones del equipo de salud según modelo.
- ✓ Plan de intervención atingente a diagnóstico y necesidades de las familia pertenecientes a la comuna.

✓ BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ El modelo de salud familiar, implica la incorporación de una serie de acciones de prevención y hacer partícipe al usuario de su salud. Consideramos de vital importancia entregar a los profesionales las herramientas necesarias para poder generar un cambio en el comportamiento del usuario, para mejorar su nivel de salud y por ende su calidad de vida.

✓ PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

- ✓ Equipo capacitado en Modelo de Salud Familiar para entregar una óptima, eficaz y eficiente atención a usuarios pertenecientes al Centro de Salud Familiar San Rafael.

✓ REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

- ✓ Ser funcionarios del Centro de Salud Familiar San Rafael.
- ✓ Prestadores de Servicio en Salud de San Rafael.

✓ OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

- ✓ Fomentar que los funcionarios del Centro de Salud Familiar San Rafael adquieran herramientas en el Modelo de Salud Familiar que tiene por objetivo profundizar en el conocimiento y análisis de la estructura, la dinámica, redes de apoyo, los factores de riesgo y protectores de la familia, para planificar su intervención integral de los problemas.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Conocer, manejar y aplicar los conocimientos adquiridos en dicha capacitación.
- ✓ Contribuir a la comprensión de los procesos psicosociales y culturales de las familias.
- ✓ Aportar herramientas para la formación y acción profesional con familias
- ✓ Promover el estudio de diversas problemáticas que afronten las familias
- ✓ Confección de plan de intervención familiar.

✓ PRINCIPALES CONTENIDOS

- ✓ Modelo de Salud Familiar
- ✓ Dinámica Familiar
- ✓ Factores de Riesgo y Factores Protectores

✓ NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

- ✓ 8 horas pedagógicas
- ✓ Teóricas – Prácticas

✓ METODOLOGÍA A EMPLEAR

- ✓ Curso - Taller

✓ ENFOQUE DE GÉNERO

- ✓ El curso está destinado tanto a funcionarias y funcionarios del Centro de Salud San Rafael.

✓ PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	4
B	13
C	18
D	2
E	11
F	11
TOTAL	59
OTROS (HONORARIOS)	20
TOTAL GENERAL	79

✓ COSTO ESTIMADO

	Ley 18.834	Ley 19.664	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros				
- 002 Pagos a Profesores y Monitores				
- 003 Convenio con universidades				
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, atención a participantes y otros necesarios para las actividades a desarrollar).				200.000
Sub-Total				
Costo Total Estimado	\$ 200.000			

✓ SISTEMA DE APROBACIÓN

TIPO DE EVALUACIÓN	Satisfacción	x		
	Aplicabilidad	x	Cantidad de participantes	
	Aprendizaje	x		
TIPO DE APROBACIÓN	Nota	x	Nota Mínima	4.0
	Asistencia	x	Porcentaje Mínimo	100

*Si es "Satisfacción" lleva Nota, si es "Aprendizaje" lleva Asistencia

✓ RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Al término de la jornada y taller, los funcionarios habrán incorporado conocimientos necesarios que serán las herramientas, para contribuir en el proceso de consolidación del modelo de salud familiar en el CESFAM, aumentando su motivación y compromiso con la calidad de la atención.

✓ OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

- ✓ Oferente Interno

✓ RESPONSABLE DEL PROYECTO

- ✓ NOMBRE : María Beatriz Tobar Arancibia – Emilio Yáñez
- ✓ CARGO : Educadora de párvulos – Kinesiólogo
- ✓ TELÉFONO DE CONTACTO : 071 -2 651002
- ✓ E-MAIL : mabetar@gmail.com - yanezmoraga@gmail.com

✓ FECHA ESTIMADA DE REALIZACIÓN

- 02 de octubre del 2018
- 04 de octubre del 2018

✓ INDICADORES

- ✓ Número de funcionarios del Centro de Salud Familiar San Rafael capacitados en modelo de salud familiar/ Número de funcionarios del Centro de Salud Familiar San Rafael.

**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS****SECCIÓN CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN****FICHA DE PROYECTO****“PLAN ANUAL CAPACITACIÓN”**

MARCOS LEGALES 18.834 Y 19.664 y a disposición de 19.378

ESTABLECIMIENTO: CESFAM San Rafael**AÑO: 2018****✓ NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

- ✓ Autocuidado Físico y Mental

✓ LÍNEA ESTRATÉGICA

- ✓ Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad funcionaria.

✓ REQUERIMIENTO

- ✓ Énfasis en el Rol del funcionario en autocuidado físico y mental.

✓ BREVE FUNDAMENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ✓ En la actualidad los equipos de trabajos se ven sobrepasados al recibir excesivas demandas de los usuarios, por lo que se presenta sobre carga de trabajo, manifestándose en un desgaste físico y mental del equipo de salud. por lo que esta instancia permitirá retomar la motivación, energía y compromiso del trabajo.

✓ PROBLEMA QUE RESUELVE ESTA ACTIVIDAD

- ✓ Permitirá motivar al equipo de salud, siendo una instancia de encuentro y reforzamiento del trabajo colaborativo.
- ✓ Disminuir el estrés adicional del personal sanitario.
- ✓ Disminuir el número de licencias médicas por estrés laboral.
- ✓ Mejorar las relaciones interpersonales entre los funcionarios del CESFAM San Rafael.

✓ REQUISITOS DE INGRESO DE LOS PARTICIPANTES

- Ser funcionarios del Centro de Salud
- Prestadores de Servicio en Salud de San Rafael.

✓ OBJETIVOS GENERALES DEL APRENDIZAJE

- ✓ Fomentar y adquirir estrategias de autocuidado para la Promoción de la Salud y la prevención del desgaste tanto a nivel individual como del equipo de trabajo, entendido éste como red inmediata de soporte socio laboral.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAJE

- ✓ Favorecer la relajación física y mental, por medio de la utilización de técnicas naturales como sintergetica
- ✓ Promover la reflexión personal y grupal de los participantes, incentivando la toma de conciencia de su propia energía personal como elemento vital para la intervención cotidiana.
- ✓ Fomentar la comunicación, cooperación y armonía de los equipos de trabajo.
- ✓ Conocer, manejar y aplicar los conocimientos adquiridos en dicha capacitación

✓ PRINCIPALES CONTENIDOS

- ✓ Manejo del Estrés Laboral y situaciones de conflicto al interior del equipo
- ✓ Control mental de las emociones
- ✓ Técnicas de Relajación y su aporte en el Autocuidado de la salud física y mental de los miembros del equipo de salud
- ✓ Actividades prácticas.

✓ NÚMERO DE HORAS PEDAGÓGICAS

- ✓ 8 horas pedagógicas
- ✓ Teóricas – Prácticas

✓ METODOLOGÍA A EMPLEAR

- ✓ Curso - Taller

✓ ENFOQUE DE GÉNERO

- ✓ El curso está destinado tanto a funcionarias y funcionarios del Centro de Salud San Rafael.

✓ PARTICIPANTES ESTIMADOS

PROFESIONALES 19.378	Nº
A	4
B	13
C	18
D	2
E	11
F	11
TOTAL	59
OTROS (HONORARIOS)	20
TOTAL GENERAL	79

✓ COSTO ESTIMADO

	Ley 18.834	Ley 19.664	Ley 19.378	Otros
- 001 Cursos contratados a Terceros				
- 002 Pagos a Profesores y Monitores			200.000	
- 003 Convenio con universidades				
- 004 Otros gastos inherentes a la Capacitación (materiales, arriendos, viáticos, pasajes, traslados, impresión, diplomas, atención a participantes y otros necesarios para las actividades a desarrollar).				400.000
Sub-Total				
Costo Total Estimado	\$ 600.000			

✓ SISTEMA DE APROBACIÓN

TIPO DE EVALUACIÓN	Satisfacción	x		
	Aplicabilidad	x	Cantidad de participantes	
	Aprendizaje	x		
TIPO DE APROBACIÓN	Nota	x	Nota Mínima	4.0
	Asistencia	x	Porcentaje Mínimo	100

*Si es "Satisfacción" lleva Nota, si es "Aprendizaje" lleva Asistencia

✓ RESULTADOS ESPERADOS DE LA ACTIVIDAD

- ✓ Al término de la jornada y taller, los funcionarios habrán incorporado conocimientos necesarios que serán las herramientas, para contribuir en el proceso de consolidación del modelo de salud familiar en el CESFAM, aumentando su motivación y compromiso con la calidad de la atención.

✓ OFERENTES, CENTRO FORMADOR, CENTRO DOCENTE ,ETC

- ✓ Oferente Externo

✓ RESPONSABLE DEL PROYECTO

NOMBRE : María Beatriz Tobar Arancibia – Emilio Yáñez

CARGO : Educadora de párvulos – Kinesiólogo

TELÉFONO DE CONTACTO : 071 -2 651002

E-MAIL : mabetar@gmail.com - yanezmoraga@gmail.com

✓ FECHA ESTIMADA DE REALIZACIÓN

- ✓ 06 de diciembre del 2018

✓ INDICADORES

- ✓ Número de profesionales con licencias médicas por estrés laboral año 2018 CESFAM San Rafael/ Número de profesionales con licencias médicas por estrés laboral año 2017 CESFAM San Rafael

4. Programación de Actividades

PLAN DE SALUD DE LA INFANCIA
PROMOCION

Problema Priorizado	Objetivo	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	En el año 2017 al corte de junio la cobertura de lactancia materna exclusiva al 6 mes de vida fue de 41 %	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva Fomentar uso de cojín de lactancia. Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados en consulta nutricional de los 15 días de recién. Fomentar lactancia materna en talleres de los 3 meses. Registro de actividades. Monitoreo de actividad	Equipo de cabeceras. (Enfermeras de sector) Coordinadores de sector. Asesor Programático	Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes*100	REM A01 REM A 03 Registro Locales
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	En el año 2017 no existen datos estadístico sobre consejerías individuales a niños menores de 10 años	Crear línea Base	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	Capacitar en consejería en actividad física. Consejerías individuales de actividad física entregada a niños(a), padres y cuidadores menores de 10 años. Registro en ficha clínica de la actividad realizada. Registro de actividad Monitoreo de actividades.	Equipo de cabeceras. Coordinadores de sector. Asesor Programático	Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A 19 a

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuentes
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	A junio del año 2017 la cobertura de niños (as) que se les efectuó consulta nutricional del 5 mes de vida fue solo de un 43,3%	Aumentar en un 80% la cobertura de niños y niñas en consulta nutricional al 5° mes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes	Derivación a consulta nutricional al 5° mes de vida. Consulta nutricional al 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes. Monitoreo y registro de actividades.	Equipo de cabeceras. Coordinadores de sector. Asesor Programático (Nutricionistas de sector)	Población con consulta nutricional al 5° mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses* 100	REM P2 Registro locales
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	A junio de 2017 según REM P2 la cobertura de consulta nutricional a los 3 años 6 meses es de un 67%	Mantener en un 67% la cobertura de niños (as) con consulta nutricional a los 3 años 6 meses.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	Derivación a consulta nutricional de 3 años 6 meses. Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes. Registro y Monitoreo de actividades.	Equipo de cabeceras. (Nutricionistas de sector) Coordinadores de sector. Asesor Programático	Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses* 100	REM P2 Registro locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuentes
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Durante el año 2017, no se realizaron talleres en temas de salud Mental.	Crear línea base de Talleres	Porcentaje de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores realizados	Coordinación con Establecimientos Educativos. Realizar Actividades Comunitarias de Salud Mental (taller de Promoción de la Salud Mental habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.) en el ámbito educacional (jardines, escuelas). Registro y Monitoreo de actividades.	Encargada de Promoción de Salud. Equipo Cabeceras (Psicólogos de sector) Asesora de Programa de la infancia. Coordinadora de sector.	N° de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de escuelas de la comuna de San Rafael*100	REM A 19 a Registros locales
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	De acuerdo al corte de junio de 2017 existe un 6,9% de padres que asisten a control de salud entregados a niños(as) menores de 4 años.	Aumentar en un 10% la asistencia de padres a control de Salud entregados a niños menores de 4 años	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	Entregar en control de salud información (Díptico) sobre la importancia del rol del padre en la crianza de su hijo. Crear estrategias para ingreso de los padres a controles de salud en menores de 4 años por sector. Incentivar en cada control, taller y consulta sobre la importancia que asista padre a los controles de salud. Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre. Registro y Monitoreo de actividades.	Equipo Cabeceras (Enfermeras de sector). Asesora de Programa de la infancia. Coordinadora de sector.	N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años*100	REM A 01

PREVENCION

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Durante el año 2017, no se registra aplicación de pauta de factores condicionante de riesgo por malnutrición por exceso.	Aplicar al 60% de los niños eutróficos según el programa de la infancia la pauta de factores condicionante de riesgo de malnutrición por exceso	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia. Registro y Monitoreo de actividad.	Equipo Cabeceras (Enfermeras de sector) Asesora de Programa de la infancia. Coordinadora de sector.	Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente*100	REM P2 Registro local
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Durante el corte de junio de 2017 se observa que hay 1,28 % de madres, padres o cuidadores ingresa al taller	Aumentar en un 5% los padres, madres, o cuidadores que participan en taller Nadie es Perfecto.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	Derivación a talleres con metodología Nadie es Perfecto. Realizar Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control. Registro y Monitoreo de actividades.	Equipos de Cabecera Asesora de Programa Facilitadoras	Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años*100.	REM A 27 REM P2

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	En corte de junio de 2017, según REM P2 de acuerdo a los siguientes grupos etarios hay una inasistencia a controles de:- < 6 meses un 39,1 % - 6 a 11 meses un 11,6% - 12 a 17 meses un 17,5% - 18 a 23 meses un 26,9% - 24 a 35 meses un 32,5% - 36 a 47 meses un 36% - 48 a 59 meses un 36,8 % - 60 a 71 meses un 18,8 %	Disminuir en 10% la inasistencia a controles según grupo etario.	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	Crear e instalar sistema de rescate de población inasistentes a los controles de salud. Incentivar a madres, padres y/o cuidadores en la importancia de asistir a los controles de salud. Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sector. Equipos de Cabeceras Asesor Programático	N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	REM P2
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Según REM P2 de junio de 2017, no hay niños inmigrantes bajo control.	Aumentar el número de niños migrantes bajo control en relación al año anterior	Total de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	Control de Salud a niños y niñas inmigrantes. Monitoreo de las actividades	Asesor Programático Salud Infantil Equipos Cabeceras Coordinadores de sector	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2017 - número de niños y niñas migrantes bajo control año 2016/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2016	REM P2

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Durante el año 2017 el promedio de controles de salud realizados a niños y niñas de 24 a 47 meses fue menos de un control debido al porcentaje de inasistencias (32%) . (corte junio 2017)	1 control anual de niños /as de 24 a 47 meses.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	Rescate de inasistentes a niños y niñas de 24 a 47 meses. Control de salud a niñas y niños de 24 a 47 meses inscrito en establecimiento de salud. Incentivar a madres, padres y/o cuidadores en la importancia de asistir a los controles de salud. Monitoreo y registro de las actividades	Coordinadores de sector Asesor Programático Equipos Cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control	REM P2 REM A 01
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	En el año 2017 se aplicó a un 52 % de los niños y niñas de 8 meses pauta de evaluación del desarrollo psicomotor en los controles de salud.(corte a junio de 2017)	Aplicar Pauta de Desarrollo Psicomotor al 100% de los niños de grupo etario de 7-11 meses en control de salud de los 8 meses.	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	Derivación a control de salud a niñas y niños de 8 meses. Rescate de niños de 8 meses inasistentes a control de salud. Realizar control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación) Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sector. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control*100	REM A 03 REM A 01

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Durante el año 2017 se aplico a un 68% de los niños y niñas de 12 meses pauta breve en los controles de salud. (corte a junio 2017)	Aplicar Pauta breve al 90% de los niños y niñas de 12 meses en control de Salud	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	Rescate de niños de 12 a 17 meses inasistentes a control de salud. Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor. Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sector. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control*100	REM A 03 REM A 01
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Durante el año 2017 se aplicaron pauta de evaluación del desarrollo Psicomotor en primera evaluación a un 35,6 % de los niños y niñas de 18 - 23 meses en los controles de salud (corte a junio 2017)	Aplicar Pauta de Evaluación de desarrollo Psicomotor en primera evaluación al 90% de los niños(as) de 18 – 23 meses	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	Derivación a control de salud a niñas y niños de 18 meses. Rescate de niños de 18 a 23 meses inasistentes a control de salud. Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación). Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sector. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control* 100	REM A 03 REM A 01

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Al 44,6% de los niños y niñas en control de salud de los 24 meses se les aplicó pauta breve en el Centro de Salud Familiar. (corte junio 2017)	Aplicar Pauta breve en primera evaluación al 50% de los niños(as) de 24 meses que asisten a control de salud.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	Derivación a control de salud a niñas y niños de 24 meses. Rescate de niños de 24 meses inasistentes a control de salud. Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor. Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sector. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control*100	REM A 03 REM A 01
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Durante el año 2017 se aplicó pauta de evaluación del desarrollo Psicomotor en primera evaluación a 20,6% de los niños (as) de 24 a 47 meses en control de salud	Aplicar a un 90% de los niños de 24 a 47 meses de edad pauta de evaluación de desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	Derivación a control de salud a niñas y niños de 36 meses. Rescate de niños de 36 meses inasistentes a control de salud. Solicitar a percapita nomina mensual de niños que cumplan los 36 meses Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación). Monitoreo y registro de actividades.	Coordinadores de sectores. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras de sector)	Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control*100	REM A 03 REM A 01

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Durante el año 2017 no se realizaron talleres preventivo en consumo problemático de alcohol y drogas a padres o cuidadores de niños menores de 10 años.	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	Porcentaje de Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas realizados	Implementar Talleres preventivos en consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as Realizar Talleres preventivos de consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as. Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sectores. Asesor programático Equipos cabeceras (Psicólogos de sector)	Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27 Registro locales
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria	Durante el año 2017 no se realizaron talleres preventivos de violencia de género a padres o cuidadores de niños menores de 10 años.	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	Porcentaje de Talleres preventivos de violencia de género realizados	Implementar Talleres preventivos en violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as Talleres preventivos de violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sectores. Asesor programático Equipos cabeceras (Psicólogos de sector)	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27 Registro locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	De acuerdo a corte de junio de 2017 se aplico protocolo neurosensorial a un 97% de los niños de 1 mes en control de salud.	Aplicar al 100% de los niños de 1 mes pauta de protocolo neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	Derivación a control de salud a niñas y niños de 1 meses. Rescate de niños de 1 meses inasistentes a control de salud. Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial Monitoreo y registro de actividades	Coordinadores de sectores. Asesor programático Equipos cabeceras (Médicos de sector)	Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes*100	REM A03 REM A01
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, través de su detección precoz	En el Centro de salud se realiza radiografía de pelvis al 100% de los niños de 3 meses	Realizar al 100% de los niños de 3 meses radiografía de Pelvis	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	Solicitud de radiografía de pelvis en control de salud de los 2 meses. Toma de Radiografía pelvis a niños y niñas a los 3 meses Registro de radiografía de pelvis en SIGGES. Monitoreo de registro de actividades y aplicación protocolo	Coordinadores de sector Equipos Cabeceras (Enfermera y Medico de sectores) Digitadora GES Encargada de displasia de cadera Asesora Programa de Salud Infantil	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA*100	SIGGES Registros locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuentes
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Durante el año 2017 no se realizó medición de agudeza visual a niñas y niños de 48 a 59 meses en los controles de Salud.	Realizar al 90% de los niños de 48 a 59 meses medición de agudeza Visual en control de salud.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual	Capacitar en medición de agudeza visual. Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual. Monitoreo y registro de actividad	Coordinadores de sector. Encargado de comité de capacitación Equipos Cabeceras (Enfermeras de sectores) Asesora Programa de Salud Infantil.	Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100	REM A 01 Registro Local
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Durante el año 2017, no se realizó medición de presión arterial en controles de salud de 36 a 71 meses	Crear línea base	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial	Capacitar en medición de presión arterial. Compra de esfigmomanómetros pediátricos. Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial Monitoreo y registro de actividad	Encargado de comité de capacitación Coordinadores de sector Equipos Cabeceras (Enfermeras de sectores) Asesora Programa de Salud Infantil.	Nº de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	REM P2 Registro Locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuentes
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Vacuna de Hepatitis A no corresponde para la séptima región del Maule	línea base	Porcentaje de niños/as de 18 meses de edad con vacuna Hepatitis A administrada	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad		Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada/Nº de niños/as de 18 meses de edad*100	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	La cobertura a junio de 2017 es de 101% de niños y niñas de 1 año con esquema completa de vacuna Neumocócica conjugada.	Al 95% de los niños y niñas de 1 año se les administre el esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	Derivación de paciente a vacunatorio. Rescate de pacientes inasistentes a vacunación. Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año. Monitoreo y registro de actividad	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año*100	RNI

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Al 80% de los niños /as entre los 6 meses y los 5 años 11 meses 29 días de edad se les administro la vacuna de influenza en el Centro de Salud.	Administrar al 90% de los niños(as) entre los 6 meses de edad y los 5 años 11 meses 29 días vacuna de influenza.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	Derivación a vacunación Coordinación de vehículo Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años. Monitoreo y registro de actividad	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días*100	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Durante el año 2017 (corte a junio) se administro vacuna de influenza a 35 niños/as crónicos entre los 5 y los 10 años .No se tiene claridad en el porcentaje de cobertura ya que se desconoce el total de crónicos debido a que no hay diferenciación entre adultos y niños.	Administrar vacuna de influenza al 90% de los niños portadores de enfermedades crónicas entre las edades de 5 a 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	Crear registros de pacientes portadores de enfermedades crónicas. Derivación de pacientes portadores de enfermedades crónicas a vacunación. Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años. Monitoreo y registro de actividad	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años*100	RNI Registros locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuentes
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	A junio del año 2017 en el Centro de Salud, se administro al 95,8% de los niños menores de 1 año el esquema primario completo de vacunas pentavalente	Administrar al 95% de los niños/as menor de 1 año el esquema completo de vacuna pentavalente.	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	Derivación de paciente a vacunatorio. Rescate de pacientes Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año Monitoreo y registro de actividad	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año) *100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad)	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	.Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	A junio del año 2017 en el Centro de Salud, se administro al 102,9% de los niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica.	Administrar al 95% de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica administrada	Derivación de paciente a vacunatorio. Rescate de pacientes Administración de la primera dosis de vacuna Trivirica al año de vida. Monitoreo y registro de actividad	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	RNI

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Se administro a un 96,4% en el 2017 la primera dosis de vacuna VPH a niñas que cursan 4° básico.	Mantener un 90% de niñas de 4 básico con primera dosis de vacuna VPH.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico	Coordinación con escuelas Coordinación de vehículo Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	N° de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico/N° de niñas matriculadas en 4° básico*100	RNI
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Se administro vacuna SRP al 91,1% de los niños/as de 1° básico de las escuelas de la Comuna.	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada.	Porcentaje de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada	Coordinación con escuelas Coordinación de vehículo Administración de la primera dosis de vacuna SRP en primero básico	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	RNI

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Se administro vacuna DTP al 93,7% de los niños/as de 1° básico de las escuelas de la Comuna.	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	Porcentaje de niños de 1° año básico con dosis de vacuna DTP(a)administrada	Coordinación con escuelas Coordinación de vehículo Administración de la primera dosis de vacuna DTP(a) en primero básico	Encargada de PNI Equipo de PNI Coordinadores de sector Asesor programático Equipo de cabecera	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna DPT(a) administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	RNI
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Desde abril a septiembre de 2017 a los niños/as menores de 7 años ingresados a control CERO se les realizo al 100% el registro ceod.	100% de los niños/as menores de 7 años con registro ceod realizado.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	Derivación a consulta odontológica Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años. Monitoreo y registro de actividad	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector)	N° de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ N° total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control en el centro de salud (CERO)* 100	REM A09 Registros Locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	En el año 2017 el 10,4% de niño/as menores de 7 años ingresan a control de salud oral (CERO) en el Centro de Salud.	60% de los niños /as menores de 7 años bajo control ingresen a control de salud oral(CERO)	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Derivar a control de salud oral. Rescate de inasistencias a control de salud oral Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años. Monitoreo y registro de actividad	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector)	N° de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ N° de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos *100	REM A 03 Registro local REM P2 REM A09 SISMAULE
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	De enero a octubre de 2017 existen 55 niños y niñas menores de 3 años libre de caries, correspondiente a un 10,5%.	70% de niños y niñas menores de 3 años libre de caries.	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años Monitoreo y registro de actividad	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector)	N ° de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados*100	REM A03 Registro Local SISMAULE

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	De acuerdo al corte de junio 2017 no se realizaron educaciones grupales en prevención de IRA a los niños menores de 1 año bajo control, ya que estos talleres no se encontraban implementados en el Centro de Salud	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control ingresan a educación de prevención IRA	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	Implementar educación grupal en prevención de IRA. Realización de educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación. Registro y Monitoreo de actividades	Coordinadores de sector Equipos Cabeceras. (Kinesiólogo de sectores) Asesor programático	Nº de niños menores 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*100	REM A01 REM A27
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	A junio de 2017 se realizaron dos visita domiciliaria a niños menores de 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave lo que corresponde a un 50%.	Realizar visita domiciliaria al 100% de los niños/as que presentan score de neumonía grave	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	Aplicación de Pauta de riesgo de morir por neumonía a niños y niñas menores de 7 meses. Derivación a kinesiólogo de sector a niños y niñas menores de 7 meses con riesgo grave de morir por neumonía. Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave. Monitoreo y registro de actividades.	Coordinadores de sector Equipos Cabeceras. (Kinesiólogo de sectores) Asesor programático	Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave*100	REM P2 REM A 26 Registro Local

problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Durante el año 2017 no se presentaron casos de niños (as) fallecidos por neumonía	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Kinesiólogo de sector Asesor programático Coordinador de sector	Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía*100	Plataforma PVS


TRATAMIENTO

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A junio de 2017 no hay niños con dependencia moderada y/o severa.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	<p>Crear un catastro de niños con cáncer.</p> <p>Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p> <p>Monitoreo y registro de actividades</p>	<p>Coordinadores de sector</p> <p>Equipos Cabeceras.</p> <p>Asesor programático</p>	Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa*100	REM A26 Registro Locales
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	De acuerdo al año 2017 se realizó visita domiciliaria al 100% de los niños que presentaron déficit en DSM.	Realizar al 100% de los niños/as con déficit de DSM visita domiciliaria.	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	<p>Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo</p> <p>Monitoreo y registro de actividades</p>	<p>Coordinadores de sector.</p> <p>Asesor programático</p> <p>Equipos cabeceras (Enfermeras por sector)</p>	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor*100	REM 26 REM A03


Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	De acuerdo al corte de junio 2017 se recupero al 100% de niños principalmente de 18 y 36 meses.	Recuperar al 90% de los niños/as diagnosticados con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8,18,y 36 meses ,recuperadas(os) en reevaluación	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	Derivación e ingreso a Sala de Estimulación. Visita domiciliaria integral Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor. Monitoreo y registro de actividades Rescate de pacientes por inasistencia Coordinación con Sala de Estimulación.	Coordinadores de sector. Asesor programático Equipos cabeceras (Enfermeras por sector) Educatora de Sala de Estimulación	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	REM A03 Registro locales
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Durante el año 2017 la población diagnosticada con síndrome bronquial recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años bajo control aumento en 3%(corte de junio 2017).	Aumentar en un 2% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud para alcanzar al 2018 el 5% esperado	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Sala IRA	Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	REM P03

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Durante el año 2017 no se aplica instrumentos de evaluación de control de asma	Crear línea base en aplicación del instrumento de evaluación del nivel de compensación de asma al 100% de la población asmática bajo control de 0 a 9 años	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Sala IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) Calculo de proporción: (N° de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control / N° de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	REM P03
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	El 100% de los niños que están cursando una IRA que reciben indicación médica de kinesiología respiratoria y solicitan su hora en SOME reciben la atención dentro de las primeras 24 horas. Sin embargo, si no se solicita la hora el paciente no recibirá la atención dentro del plazo.	100% de los niños Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Sala IRA	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	SIGGES

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Desde enero a septiembre de 2017 llevamos 65 altas odontológica integral de niños de 6 años correspondiente al 58%	≥79% de altas odontologías integrales de niños y niñas de 6 años	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	Derivar a control de salud oral. Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años. Registro y monitoreo	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector) Equipo dental(TENS)	N° de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ N° Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados*100	REM 09 Registro Locales
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	De enero a septiembre de 2017 existen 11 consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años, correspondiente al 0,8%	2.5% consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector) Equipo dental(TENS)	N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	REM 09

 Problema Priorizado	Objetivos	Plan de Salud Comunal San Rafael Línea Base	Meta	2018 Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	De enero a septiembre de 2017 sean realizado 190 consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años correspondiente al 14%	30% consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Asesor programático odontológico Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Dentistas de sector) Equipo dental(TENS)	N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento*100	REM 09
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Al corte de junio de 2017 42 niños mayores de 5 años bajo control por trastornos mentales principalmente correspondiendo a un 8% de prevalencia.	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Derivación con interconsulta a psiquiatría. Derivación a medico de salud mental. Talleres de habilidades parentales con padres, madres y/o cuidadores. Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Asesor programático de Salud mental y alcohol y drogas Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Psicólogo de sector)	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	REM P06 Registros locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	La población bajo control actualmente con trastorno mentales de 5 a 9 años tiene un 100% de cobertura.	Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	Porcentaje de controles de salud mental realizados por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años	Asesor programático de Salud mental y alcohol y drogas Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Psicólogo de sector)	N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2017) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)	REM P06 REM A06 Registro locales

 Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Durante el año 2017 no sean realizados consultorías en niños y niñas en el Centro de Salud Familiar , desde Atención Secundaria (HRT) ,no han enviado horas de psiquiatría ,pese a las gestiones realizadas desde el Centro de Salud.	Aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Gestionar consultorías con HRT. Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Asesor programático de Salud mental y alcohol y drogas Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Psicólogo de sector)	Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)* 100	REM A06
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Durante el año 2017 no se han presentado altas debido a que los padres no terminan el proceso según flujograma	Aumentar en Nº de altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica y consumo problemático de alcohol y drogas	Difundir protocolos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de niños y niñas de 5 a 9 años a los equipos Cabeceras Entrega de tríptico a los usuarios externos sobre el tema. Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas. Monitoreo y registro de actividades	Asesor programático de Salud mental y alcohol y drogas Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Psicólogo de sector)	Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2017 (Menos) Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016 / Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016	REM A05 Registro locales

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Durante el año 2017 no se presentaron casos de niños/as mayores de 5 años víctimas de violencia de género.	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	Derivación de niños a equipo de salud mental Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Asesor programático de Salud mental. Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera (Psicólogo de sector)	Nº de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)*100	REM A05 Cartolas

ATENCIÓN INTEGRAL

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación	Fuente
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Durante el año 2017 se tienen 148 familias con aplicación de encuesta familiar lo que corresponde a un 6%(corte junio 2017)	Aumentar Línea Base 2017	Porcentaje de familias de riesgo	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Coordinadores de sector Equipos de cabecera	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	REMP7
Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Al corte de junio de 2017 existen 148 familias con plan de intervención lo que corresponde a un 100%	Aumentar Línea Base 2017	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Coordinadores de sector Asesor programático Infantil Equipo de cabecera	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

PROMOCION

Poblema Priorizado	Objetivo	Linea de base	Meta junio 2018	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Monitoreo
Conductas sexuales inseguras y desinformadas de la población adolescente	Promover el auto cuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	Durante el año 2017 se comenzó a atender en espacio amigable dentro del establecimiento de salud , alcanzando un numero de 70 adolescentes ingresados a los que se les reforzaron formas de promover el autocuidado de la salud sexula y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	Mantener o aumentar en un 15 % el ingreso de adolescentes de 10 a 14 años al espacio amigable establecido dentro del establecimiento de salud	Control joven sano	Mat. Jefe programa adolescente	(N° de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a control joven sano (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a control joven sano (año anterior)/ N° de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a control joven sano año anterior))*100	REM A01 Sección D Evaluación segundo semestre de cada año REM A01, Sección B Informe SS. Meta asignada por comuna .evaluación de talleres segundo semestre de cada año

PREVENCION

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador evaluación
Poca conciencia de la población en Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Durante el año 2017 se comenzó a atender en espacio amigable dentro del establecimiento de salud, alcanzando un número de 70 adolescentes ingresados a los que se les reforzaron formas de promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	100% de controles planificados, realizados.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Mat. Jefe programa adolescente	(N° de controles realizados, según sexo/[total de aplicaciones]/ N° total de controles planificados, según sexo)*100	REM A01, Sección B Informe SS. Meta asignada por comuna .evaluación de talleres segundo semestre de cada año
	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres Jóvenes de 20 a 24 años	De manera regular se realizan óptimos controles de salud de la mujer en este ámbito etario. Durante el año 2017 se realizaron 10 controles preconceptionales en este tramo de edad	Aumentar en un 10% el control preconceptional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años en relación al año anterior.	Control Preconceptional.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(N° controles preconceptional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° controles preconceptional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año anterior))/ N° los controles preconceptional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año anterior))*100	REM A01, Sección A Trimestralmente
	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes.	De manera regular se realizan óptimos controles de salud de la mujer en este ámbito etario	Mantener y/o aumentar en un 10 % los controles ginecológicos a adolescentes.	Control ginecológico a adolescentes.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(N° de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año vigente) (MENOS) N° de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior)/ N° de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior))*100	REM A01, Sección A Trimestralmente

Problema priorizado	Objetivo	Linea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador evaluacion
Embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes mujeres con actividad sexual y fomentar el ingreso para varones adolescentes Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Durante el año 2017 se realizaron 5 ingresos a regulación de la fecundidad en población menor de 15 años y 75 entre 15 y 19 años	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada menor de 15 años
			25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada 15-19 años

Problema Priorizado	Objetivo	Linea de base	Meta		RRHH	Indicadores	
Embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo ³ más preservativo) en adolescentes)	Existe de manera regular el control de regulación de fecundidad para adolescentes mujeres y varones , Durante el año 2017 se le hizo entrega de preservativos al 100% de varones que refirieron conducta sexual activa en espacio amigable y doble método al 100% de las adolescentes que manifestaron lo mismo	100% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	REM P1, Sección A Trimestralmente
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Se realizan actividades de promoción y prevención de VIH e ITS Durante el año 2017 no existe registro de VIH e ITS en adolescentes de la Comuna	Aumentar en 5 % el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C2 Trimestralmente
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.					(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C2 Trimestralmente
	Promover Sexo Seguro en jóvenes que ejercen comercio sexual.	No se registran datos de comercio sexual en adolescentes en la Comuna	Aumentar en un 5 % el ingreso a control de salud sexual de jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.	Mat. Jefe programa adolescente Mat. Según sector	(Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente) (MENOS) Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de jóvenes de 20 24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))*100	REM A05 Sección U Trimestralmente

³ Método regulación de fertilidad, métodos de larga duración (LARCS)

Problema privaluacion orizado	Objetivo	Linea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluacion
Morbimortalidad en adolescentes y jóvenes	Aumentar la cobertura de vacunación	Durante el año 2017 se vacunaron a 75 adolescentes contra el VPH ,	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	Mat. Jefe programa adolescente Enfermera Encargada Vacunatorio	(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 5º básico 2017 Ministerio de Educación
	Proteger la salud del adolescente	Durante el año 2017 se realizaron 103 correspondiendo al 100% ingresos a salud oral de 12 años con	≥ 30% de los adolescentes ingresados a Salud Oral 12 años reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	Mat. Jefe Programa Adolescente Odontólogo de cada sector	(Nº de adolescentes de 12 años de edad que reciben CBT/ Nº Total de ingresos odontológicos de adolescentes de 12 años de edad) * 100	REM A09, sección B / REM 09, sección C. trimestralmente
	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Durante el año 2017 no se registran ni adolescentes fallecidos por neumonía	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Mat. Jefe Programa Adolescente Asistente Social Equipo de Salud	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. trimestralmente
			50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Mat. Jefe Programa Adolescente Asistente Social Equipo de Salud	(Nº de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100.	Plataforma PVS trimestralmente
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo en jóvenes de 20 a 24 años.	Durante el año 2017 se realizaron 61 EMPA a jóvenes de 20 a 24 años	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Mat. Jefe Programa Adolescente Enf Programa Cardiovascular Equipo de Salud de cada sector	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior))*100.	REM A02 Trimestralmente	

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluación
Mal nutrición por exceso		Durante el año 2017 se realizaron 100 controles nutricionales de los cuales 42 presentaron mal nutrición por exceso	Al menos el 25% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC, para continuar en los siguientes dos años con un 35 y 50 % respectivamente	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	Mat. Jefe Programa Adolescente Nutricionista de cada Sector	(N° de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC / N° total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10 T Trimestralmente
			Al menos el 25% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial para continuar en los siguientes dos años con un 35 y 50 % respectivamente	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	Mat. Jefe Programa Adolescente Nutricionista de cada Sector	(N° de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / N° total de adolescentes de 10 a 19 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10 Trimestralmente
	Controlar mal nutrición por exceso, perfil Metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar		Al menos el 25 % de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	Mat. Jefe Programa Adolescente Nutricionista de cada Sector	(N° de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / N° total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10 Trimestralmente

	diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.		Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/ Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	Mat. Jefe Programa Adolescente Nutricionista de cada Sector	(N° de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / N° total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10 Trimestralmente
--	--	--	--	---	--	--	----------------------------

TRATAMIENTO

Problema priorizado	objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluacion
Violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas adolescentes que vivan o hayan vivido violencia de género	Durante el año 2017 no se registraron adolescentes víctimas de maltrato o violencia de genero	Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Mat. Jefe Programa Adolescente Equipo psico- Social	(N° adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año vigente) (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior) / N° adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior))*100	REM A 05 Trimestralmente
			Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	Ingreso de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	Mat. Jefe Programa Adolescente Equipo psico- Social	(N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05 Trimestralmente



			Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género.	Mat. Jefe Programa Adolescente Equipo psico- Social	(N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05 Trimestralmente
--	--	--	--	---	--	---	---------------------------

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluación
Prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales	Durante el año 2015 se realizaron 135 atenciones a personas adolescentes con algún trastorno mental, observándose que el 71 % de estos corresponden a mujeres	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Mat. Jefe Programa Adolescente Medico Según Sector Equipo psico- Social	(N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) con trastorno mental bajo control	Mat. Jefe Programa Adolescente Medico Según Sector Equipo psico- Social	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 24 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 24 años x 22% de prevalencia	REM P06
			Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales	Mat. Jefe Programa Adolescente Medico Según Sector Equipo psico- Social	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar 10% el n° de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)	Mat. Jefe Programa Adolescente Medico Según Sector Equipo psico- Social	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	REM A06 / REM A05

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluación
Morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Prevención de enfermedades bucales en niños y escolares Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de	Durante el año 2017 se realizaron 103 altas odontológicas integrales en adolescentes de 1 años, correspondiente al 100% de lo planificado	$\geq 74\%$ de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Mat. Jefe Programa Adolescente Odontólogo según Sector	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	REM A09, Sección C Trimestralmente
		Durante el año 2017 no se registran - controles IRA en la población adolescente	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Mat. Jefe Programa Adolescente Kinesióloga Según Sector	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM P3, Sección A Trimestralmente



<p>Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.</p>		<p>Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA</p>	<p>Mat. Jefe Programa Adolescente Kinesióloga Según Sector</p>	<p>(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada(año anterior)) Calculo de proporción: (N° de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /N° de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100</p>	<p>REM P3, Sección D Trimestralmente</p>
---	---	--	--	---	--	---	--

Problema priorizado	Objetivo	Línea base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador
Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios	Durante el año 2017 se no se registran ingresos por EPOC, en Asma se registran 31 ingresos en la población de 20 a 24 años	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Mat. Jefe Programa Adolescente Kinesiologa según Sector Medico según Sector	(Población de 20-24 años bajo control Programa ERA (año vigente))(MENOS) Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior)*100	REM P3, Sección A Trimestralmente
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 24 años bajo control en Programa IRA	Mat. Jefe Programa Adolescente Kinesiologa según Sector Medico según Sector	(Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior) / (Proporción de bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior)) Cálculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 20-24 años bajo control / Nº de personas asmáticas de 20-24 años bajo control)*100	REM P3, Sección D Trimestralmente
Enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA Aumentar la cobertura del tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Durante el año 2017 se realizaron 2 ingresos por HTA en la población de 20 a 24 años	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20- 24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 -24 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según Estudio Fasce 2007 (15,7%) Trimestralmente
			Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector	(Proporción de Metas de compensación (año vigente))(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo Proporción de Metas de compensación: (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)*100	REM P4, Sección B Trimestralmente

Problema priorizado	Objetivo	Linea de base	Meta	Actividad	RRH H	Indicador	Fuente del indicador Evaluacion
Enfermedades cardiovasculares Y Sobrevida	Incrementar cobertura efectiva de HTA en jóvenes	Durante el año 2017 se realizaron 2 ingresos por Hipertensión en jóvenes	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada : (Nº de personas hipertensas de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce 2007 (15,7%) Trimestralmente



Mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus en jóvenes	Durante el año 2017 se registran 2 ingresos por Diabetes Mellitus	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) Trimestralmente
---	--	---	---	--	---	--	--



			<p>Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.</p>	<p>Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector</p>	<p>(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Calculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)*100</p>	<p>REM P4, Sección B Trimestralmente</p>
--	--	--	---	---	--	--	--



			<p>Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.</p>	<p>Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Medico según Sector</p>	<p>(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Calculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada) * 100</p>	<p>REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) Trimestralmente</p>
--	--	--	--	---	--	--	---

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluación
Mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus según los estándares establecidos en guía clínica GES DM TIPO 2 que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Durante el año 2017 se realizaron 2 ingresos por DM Tipo 2 en personas de 20 a 24 años	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	Mat. Jefe Programa Adolescente Enfermera según Sector Médico según Sector	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)*100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención. REM P4, Sección A Definir los centros centinelas

REHABILITACION

Problema priorizado	Objetivo	Línea de base	Meta	Actividad	RRHH	Indicador	Fuente del indicador Evaluación
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	Durante el año 2015 ingresaron 135 adolescentes por discapacidad en salud mental, observándose que de estos más del 71% son mujeres y cero en rehabilitación	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculoesqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Elaborar catastro de población adolescente (10 a 19 años) en situación de discapacidad	Mat. Jefe programa Adolescente Psicólogo Según Sector Kinesióloga según Sector Médico según Sector	N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar	REM 03, Sección C.2. Trimestralmente
				Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Mat. Jefe programa Adolescente Psicólogo Según Sector Kinesióloga según Sector Médico según Sector	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	REM 05, Sección R Trimestralmente

**POBLACION ADULTA**PROMOCIÓN

Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Durante el año 2017 no se realizaron talleres de educación grupal en la temática de factores protectores de Salud mental.	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Coordinadores de sectores. Psicólogos de equipo cabecera Asesor Programático	REM A 27



PREVENCIÓN

Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del	Durante el año 2017 se realizaron 456 EMPA a población adulta masculina de 25 a 64 años inscrita validada aplicando pauta de protocolo.	Incrementar en un 10% la cobertura de EMPA en la Población masculina inscrita validada	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta masculina de 25 a 64 años / Nº Total de EMPA realizados en hombres de 45 a 64 años)*100	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM A02
	Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Durante el año 2017 se realizaron 281 EMPA a población adulta femenina de 45 a 64 años inscrita validada	Incrementar en un 10% los EMPA en mujeres de 45-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	(Nº de EMPA realizados a población 45 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 45 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 45 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción:	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en mujeres de 45 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM A02



		aplicando pauta de protocolo		(N° de EMPA realizados en mujeres 45-64 años/ N° Total de EMPA realizados en mujeres de 45 a 64 años)*100			
--	--	------------------------------	--	---	--	--	--



Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Durante el año 2017 se atendieron 10 adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV de los cuales el 50% se encontraba dentro de los 7días hábiles post-alta	El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	Fortalecer el sistema de notificación y derivación a nivel computacional entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM. Reuniones trimestrales con referentes de nivel primario y de especialidad nivel secundario para establecer lineamientos que permitan la fluidez de la información al momento del alta, para favorecer la continuidad de la atención.	Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios Hay línea base



Reducir la progresión de enfermedad renal crónica		Durante el año 2017, 1596 personas han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica, de un total de 1596 personas hipertensas y diabéticas correspondiente a un 100% del total bajo control	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM P4, Sección A
---	--	--	--	--	---	---	-------------------



Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Al corte de Junio 2017 la cobertura es de 728 personas de 25- 64 años bajo control con hipertensión, correspondiente al 86%	Aumentar en un 5% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año vigente) (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior)) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior))	Screening intencionado de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM P4, Sección A Población estimada según ENS 2009-2010
	Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes	Al corte de Junio 2017 la cobertura es de 314 personas de 25- 64 años bajo control con Diabetes, correspondiente a un 66%	Aumentar en un 5% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))/de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))*100	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)



<p>Disminuir la mortalidad prematura por amputación. (asociada a diabetes mellitus)</p>	<p>la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.</p>	<p>Durante el año 2017 se ha realizado 314 Evaluaciones anuales del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes correspondiente al 100% de la población bajo control</p>	<p>100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.</p>	<p>(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100</p>	<p>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.</p>	<p>Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático</p>	<p>REM P4</p>
		<p>100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.</p>	<p>(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie)*100</p>	<p>QUALIDIAB-Chile REM P4</p>			



Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
		Al corte de Junio 2017 la cobertura efectiva es de 584 personas de 25- 64 años bajo control con hipertensión correspondiente a un 80%	Incrementar en un 5% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 60%	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))		Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM P4, Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)*100



Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Al corte de Junio 2017 la cobertura es de 314 personas de 25-64 años bajo control con Deabetes Mellitus	Incrementar en al menos 5% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior)/ Cobertura Diabéticos (año anterior))	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático Asesor	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) Cálculos de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100
		Al corte de Junio 2017 la cobertura efectivas de 186 personas de 25- 64 años bajo control, correspondiente al 59%	Incrementar en al menos un 5% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)(MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))		Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático Asesor	REM P4, Sección B Calculo de Proporción de Metas compensación: (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)* 100



Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Al corte de Junio 2017 la cobertura efectiva es de 59 personas de 25- 64 años bajo control con diabetes tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA<140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	Incrementar en un 5% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior))	Coordinadores de sectores. Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	REM P4 Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100
	Aumentar en 5% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA<140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	Aumentar en 5% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA<140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	(Proporción (año vigente)(MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))		REM P4 Calculo proporción: (Nº de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c < 7%, PA < 140/90 mmHg y Col LDL <70 mg/dl, en el último control)/Nº total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años)*100

Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Durante el año 2017 no se ha realizado QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático, solo en forma manual al 10% de la población bajo control	Incrementar en 30% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	Equipo de Salud Cardiovascular Asesor Programático	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)* 100.

Problema Priorizado	Objetivos	Línea de base	Meta a Junio 2018	Indicador	Actividad	RR.HH	Monitoreo y evaluación
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, severa	Durante el año 2017 Se realizó visitas domiciliaria integral a personas con dependencia a moderada y severa por el equipo de cabecera mínimo 2 veces en el mes	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales Personas con dependencia moderada y severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y severa))*100	Atender en forma integral a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Coordinadores de Sector Programatico	REM P3, SIGGES

Adulto Mayor
Prevención

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Pedida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Mejorar el estado funcional de los Adulto Mayor Incrementar la evaluación funcional personas adultas mayores y aume cobertura de atención Prevenir los síndromes geriátricos. Pesquisas de patologías agudas y crónicas, Maltrato en el Adulto Mayor Aconsejar sobre envejecimiento saludable en los los controles de salud (EMPAM)	42% realización de EMPAM 2017	Incrementar al menos en un 30% respecto a la línea de base el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	Realizar en Controles de Salud (EMPAM) 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.	Equipo de salud CESFAM capacitado	REM P5
	Mejorar el estado funcional de los Adulto Mayor Efectuar una atención integral del adulto mayor Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	Actualmente no se a implementado control a los 6 meses en estos casos	50 % de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente)* 100	Implementar estrategia Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	Equipo de salud del CESFAM capacitado	REM A01, Sección C

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad por infecciones respiratorias Agudas	<p>Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p> <p>Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas.</p> <p>Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.</p>	<p>El año 2016 se realiza 1 auditoria lo que equivale al 100% de los pacientes fallecidos por Neumonía en domicilio</p>	<p>100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.</p>	<p>(Nº de auditorías realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100</p>	<p>Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar</p>	<p>Kinesiólogos de sector</p>	<p>Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET</p>
	<p>Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas</p> <p>Mejorar la Cobertura de inmunización anti - influenza y anti - neumococo en grupos prioritarios</p> <p>Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.</p>	<p>El 2017 se vacunaron a 47 personas de 65 años con Neumocócica Polisacárida 23valente</p>	<p>Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada</p>	<p>(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100</p>	<p>Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada</p>	<p>Vacunatorio</p> <p>Equipo de salud</p>	<p>Sistema Informático-RNI Población inscrita y validada, 2016</p>

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad por infecciones respiratorias Agudas	<p>Mejorar la Cobertura de inmunización anti - influenza y anti - neumococo en grupos prioritarios</p> <p>Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.</p>	El año 2017 se logro un 93 % de cobertura de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti- influenza	Lograr una cobertura superior en un 5% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti- influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Vacunatorio Equipo de salud	Sistema Informático – RNI Población inscrita y validada, 2016.
Perdida de Funcionalidad de los Adultas mayores	<p>Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor</p> <p>Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.</p>	143% de los Adultos mayores de 70 años y más bajo control reciben PACAM	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	(Proporción de personas bajo control ≥ 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM. "consejo breve sobre beneficios para la salud de los productos entregados en el PACAM"	Equipo de Salud CESFAM	REM D16 REM P5 Calculo de proporción: (N° de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ N° total de personas de 70 años y más bajo control) x 100

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Progresión de la enfermedad renal crónica	<p>Reducir la Progresión de la enfermedad renal crónica</p> <p>Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo</p> <p>Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.</p>	A junio de 2017 el 99% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	(N° de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	<p>Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular</p> <p>Implementación de la Ficha *</p>	Equipo PSCV	REM P4, Sección A
	<p>Reducir la Progresión de la enfermedad renal crónica</p> <p>Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo</p> <p>Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)</p>	Crear Línea de base	100% de las personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	(N° de personas de 65 años y más diabéticas bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticas bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	<p>Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.</p> <p>*</p>	Equipo PSCV	REM P4, Sección B

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	<p>Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares</p> <p>Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares</p> <p>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM</p>	Desde junio del 2017 nos están enviando los egresos hospitalarios pero con un mes de desfase	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / N° total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM. Que sea rápido es decir en menos de 7 días	Equipo PSCV	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios
	<p>Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares</p> <p>Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares</p> <p>Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.</p>	A junio del 2017 hay 731 personas mayores de 65 años HTA lo que equivale al 82% de cobertura	Incrementar a lo menos en un 10% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura (año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura: N° de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg	Screening intencionado de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Equipo de sector	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	A junio del 2017 hay 259 personas mayores de 65 años diabeticos lo que equivale al 29% de cobertura	Incrementar a lo menos en un 5% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura(año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura: N° de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/N° de personas de 65 años y más con diabetes bajo control	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Equipo de sector	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad por VIH/SIDA	<p>Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables</p> <p>Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente</p>	<p>El año 2017 No existe registro de realización de exámenes de VIH en población de 65 años y mas</p>	<p>Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que consultan por morbilidad, con respecto al año anterior</p>	<p>(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior)*100</p>	<p>Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad</p>	<p>Equipo de salud</p>	<p>REM A11, Sección C1 REM A11, Sección C2</p>
	<p>Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables</p> <p>Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.</p>	<p>El año 2017 No existe registro de consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS en población de 65 años y mas</p>	<p>40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.</p>	<p>(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100</p>	<p>Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos</p>	<p>Equipo de salud</p>	<p>REM A19, Sección A1 REM P5, Sección A</p>

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Pérdida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas mayores.	No existe registro de talleres preventivos de salud mental en AM de 65 el 2017	Aumentar el N° de talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Implementación de Talleres preventivos de salud mental.	Psicólogo sector	REM A 27
	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas adultas mayores.	No existe registro de talleres preventivos de salud mental en AM de 65 el 2017	Aumentar el N° de talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Talleres preventivos en la temática de violencia. Fomentar el desarrollo de los talleres a cuidadores de personas adultas mayores, entre otros.	Psicólogo y asistente social sector	REM A 27
	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención Detección temprana de personas adultas mayores con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol	No se realiza aplicación de (AUDIT) en la población de 65 años y más de San Rafael	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección de alcohol y drogas con base a instrumento Tamizaje (AUDIT) en personas adultas mayores e intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 65 años y más)*100	Capacitar al equipo en la aplicación (AUDIT) Intervención preventiva en personas adultas mayores: Realizar tamizaje de consumo de alcohol junto con una intervención breve y/o consejería.	Equipo de salud	REM A05

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Perdida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención. Entregar herramientas para la prevención del consumo de alcohol y drogas en personas adultas mayores.	Actualmente no se aplica el cuestionario Golberberg en CESFAM San Rafael	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	(N° de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año anterior) /N° total de personas adultas mayores con control GHQ 12 (año anterior))*100	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas mayores	Equipo de Salud	REM A03
	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Actualmente en San Rafael no contamos con el programa MasAdulto Mayor Autovalente	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional	(N° de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / N° de total de adultos mayores ingresados al programa) *100	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Equipo programa	REM A05 Sesión M

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Pérdida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Actualmente en San Rafael no contamos con el programa MasAdulto	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos	. (Nº de personas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia. Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Equipo programa	REM A05 Sesión K
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Mayor Autovalente	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.		Dicotómico SI/NO	Equipo programa	Informe diagnóstico participativo y planificación de capacitación

Tratamiento

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Pérdida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor Brindar atención a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	A septiembre 2015 existe 1 ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Aumentar en 5% el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	(Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior)/ Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior))*100	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias	Equipo de Salud Mental de sector	REM A05
	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor Mejorar la atención de personas adultas mayores víctimas de violencia de género	A Septiembre 2015 existe 1 ingreso de personas adultas mayores en atención por violencia de genero	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	(Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Ingreso de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género.	Equipo de Salud Mental de sector	REM A05

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Perdida de Funcionalidad de los Adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor Mejorar la atención de personas adultas mayores víctimas de violencia de género	A Septiembre 2015 existe 1 ingreso de personas adultas mayores en atención por violencia de genero y 0 egresos	Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de genero en relación al año anterior.	(N° de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Realizar seguimiento a los casos de violencia de genero Realizar VDI a los casos de Violencia de Genero Egreso por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de genero.	Equipo de salud del sector	REM A05

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de la discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital Brindar atención integral y oportuna a personas adultas mayores de 65 años y más con problemas o trastornos mentales	A septiembre del 2015 existen 20 personas mayores de 65 años ingresados por trastornos mentales	Aumentar en 5% el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior. Completando un 15% en tres años	(N° de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año vigente) (MENOS) N° de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior) / N° de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior))*100	Mejorar la pezquisa personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias. Atención a personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Equipo de salud	REM A05
		A junio del 2015 hay una cobertura del 17% de trastorno mental de personas adultas mayores	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas mayores del 22% de prevalencia.	Población bajo control por trastorno mental de personas adultas mayores (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 65 años y más x 22% de prevalencia	Atención integral de personas adultas mayores con trastorno mental bajo control.	Equipo de salud Mental	REM P06

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Prevalencia de la discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital Brindar atención integral y oportuna a personas adultas mayores de 65 años y más con problemas o trastornos mentales	A septiembre del 2015 existen 20 personas mayores de 65 años ingresados por trastornos mentales y 0 egresos	Aumentar en un 5% el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior Completando un 15% en tres años	(N° de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de adultos mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ N° de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	Sesiones terapéuticas Control con medico Salud Mental Egreso por altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales.	Equipo salud Mental Por Sector	REM A05
		El 2015 no se han realizado consultorías por salud mental en pacientes de 65 años y mas	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año vigente) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año anterior) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de personas adultas mayores.	Equipo salud Mental	REM A06 / REM A05

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	A junio del 2015 los pacientes HTA de 65 años bajo control y mas presentan una compensación de un 64%	Incrementar en un 6% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, y mantener una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg/N° de hipertenso de 65 años y más bajo control en PSCV	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV. Crear talleres Controles Grupales	Equipo de Sector PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
	Incrementar cobertura efectiva de HTA Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	A junio del 2015 los pacientes HTA de 65 años y mas estimados presentan una compensación de un 81%	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una Compensación de al menos 80% en los años siguientes.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada N° de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg / N° hipertensos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años. Crear talleres Controles Grupales	Equipo de Sector PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad prematura por (asociada a)	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	A junio del 2015 los pacientes DM de 65 años bajo control y mas presentan una compensación de un 44%	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una Compensación de al menos 80% en los años siguientes.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada N° de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/N° de diabéticos de 65 años y más	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV . Crear talleres Controles Grupales	Equipo de Sector y PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) más bajo control en PSCV
Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	A junio del 2015 los pacientes DM de 65 años y mas estimados presentan una compensación de un 51%	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada: N° de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / N° diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años. Crear talleres Controles Grupales	Equipo de Sector y PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus Reducir las complicaciones en personas con diabetes	A junio del 2015 el 39% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)*100	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Enfermera sector	REM P4, Sección C y A
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	No hay información 2015	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Enfermera de curaciones	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	A Junio de 2015 solo el 24% de los pacientes mayores de 65 años bajo control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Realización a Pacientes diabéticos en el PSCV un examen de Fondo de ojo vigente	Compra externa	REM P4, Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile
mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	El 2015 el 100% de los adultos mayores de 65 años y más, son atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años. Atención Kinesica	Sala ERA Sector	SIGGES

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	El 2015 aumento la población bajo control de 65 años y más en sala ERA en un 36%	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia y son derivados a Programa ERA	Equipo salud	REM P3, Sección A
	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	A junio de 2015 no se ha evaluado la población bajo control ASMA que logran control adecuado	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 65 y más años bajo control /Nº de personas asmáticas de 65 y más años bajo control)*100	Evaluar en la población bajo control EPOC que logran control adecuado Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Equipo sala ERA por Sector	REM P3, Sección D

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	<p>Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</p> <p>Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas</p> <p>Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.</p>	A junio de 2015 no se ha evaluado la población bajo control EPOC que logran control adecuado	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	<p>(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))</p> <p>Calculo de proporción: (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control / Nº de personas con EPOC de 65 y más años bajo control)*100</p>	<p>Evaluar en la población bajo control EPOC que logran control adecuado</p> <p>Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA</p>	Equipo sala ERA por Sector	REM P3, Sección D

Rehabilitación

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	<p>Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica</p> <p>Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas</p> <p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.</p>	<p>El año 2015 no hay pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado</p>	<p>Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado</p>	<p>(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100</p>	<p>Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC</p>	<p>Equipo Sala por ERA Sector</p>	<p>REM P3, Sección C</p> <p>REM P3, Sección A</p>

Estrategias transversales
Estrategias de promoción

Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
Estilos de vida saludable	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud Mejorar la Promoción de Salud en Comunas Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Realización de 2 feria Saludables	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Equipo de salud	REM A19a, Sección B1
		15 eventos masivos de actividad Física	Al menos un evento masivo en actividad física	Nº de eventos masivos en relación a la temática de actividad física	Evento masivo en actividad física	Monitor	REM A19a, Sección B1
		3 actividades de educación grupal al año de promoción	Realizar al menos 1 actividad de educación grupal al año de promoción, priorizando el entorno comunal y laboral en las temáticas de actividad física, alimentación saludable	Una actividad educativa grupal realizada vez al año.	Educación grupal en alimentación saludable y actividad, priorizando el entorno comunal y laboral	Equipo de Salud	REM A19a, Sección B1 Columnas D y E



Problema Priorizado	Objetivos	Línea Base	Meta a Junio 2018	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación
personas sin Factores Protectores para la salud	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud Mejorar la Promoción de Salud en Comunas Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	El año 2015 no Taller de promoción de la salud mental. A mayores de 65 años	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	Psicólogo sector	REM A 27





