



PLAN DE SALUD COMUNAL

2022





PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 2 de 315

Vigencia: 1 año

PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUQUELDÓN

ELABORADO POR: ELIANA MUÑOZ OJEDA ENFERMERA DIRECTORA CESFAM PUQUELDÓN	REVISADO POR: ANDREA TENORIO DE LA TORRE SECRETARIA GENERAL CORPORACIÓN MUNICIPAL	APROBADO POR: CONCEJO MUNICIPAL SESIÓN EXTRAORDINARIA
Fecha de elaboración: Noviembre 2021	Fecha de revisión: 22 de Noviembre 2021	Fecha de aprobación: 29 de Noviembre 2021



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 3 de 315

Vigencia: 1 año

Colaboradores Plan de Salud Comunal 2022

Eliana Muñoz Ojeda, Enfermera, Directora CESFAM Puqueldón

Cristian Ruiz Vera, Encargado de Finanzas Corporación de Salud

Patricia Lazcano Castillo, Matrona, subdirectora CESFAM Puqueldón

Equipo Equidad en Salud Rural

Paulina Gómez Macías, Psicóloga, Encargada Programa Capacitación

Soraya Ortíz Becerra, Asistente Social, Encargada de Programa de salud Familiar y de Participación Social

Equipo de Epidemiología CESFAM Puqueldón



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 4 de 315

Vigencia: 1 año

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA	8
2.1	ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS	10
3.	RESUMEN EJECUTIVO DE DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL	16
3.1	DIAGNÓSTICO SANITARIO	16
	CARACTERIZACIÓN DE LA RED	16
	RECURSOS FÍSICOS	24
	CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA	27
	CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA	41
3.2	DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO	42
	NATALIDAD	42
	MORTALIDAD	43
	MORBILIDAD	45
3.3	IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y PRONÓSTICO, PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	64
3.4	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA	75
4.	PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN	77
	SALUD EN LA INFANCIA	79
	SALUD EN LA ADOLESCENCIA	115



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 5 de 315

Vigencia: 1 año

SALUD EN LOS ADULTOS	148
SALUD EN ADULTOS MAYORES	191
5. EVALUACIÓN Y MONITOREO	225
5.1 MONITOREO PROCESO	225
5.2 EVALUACIÓN: RESULTADOS Y/O IMPACTO	257
6. DOTACIÓN DE LA COMUNA 2022	297
7. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	299
8. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN	304
9. PRESUPUESTO	305
10. PLAN SALUDABLEMENTE	306
11. PLANES DE CONTINGENCIA CONTEXTO COVID-19	307
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	315



1. INTRODUCCIÓN

La evidencia sobre los beneficios de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria ha sido avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), razón por la cual este organismo internacional recomienda a los países entregarle a la Atención Primaria de Salud (APS) un rol central en el desarrollo de sus sistemas y políticas sanitarias. En Chile, si bien ha habido un progreso importante en la APS, el eje de sus sistemas de atención sigue estando basado en el ámbito hospitalario. Esto ha traído al menos tres consecuencias que debemos observar con preocupación: en primer lugar, una sobrecarga por interconsultas a falta de capacidad resolutive a nivel secundario con interminables listas de esperas; en segundo lugar, una sobrecarga en la atención en los servicios de urgencia; y, tercero, una fragmentación de la atención a las personas dada la poca integralidad del sistema de la Red de Salud que reduce una buena percepción del servicio por los usuarios.

Sin duda, el aumento en la resolutiveidad en la APS permite disminuir las inequidades en salud y la oportunidad en la atención mejorando la efectividad y la resolución de los problemas de salud que la población necesita.

Para el equipo del Centro de Salud Familiar Puqueldón (CESFAM Puqueldón) y de su red asistencial, el mejorar las condiciones de salud de las personas constituye su principal objetivo estratégico, es por esto que en el presente Plan de Salud Comunal 2022 (PSC 2022), tiene como finalidad mejorar la Atención Primaria y su nivel de resolutiveidad para la población inscrita validada, la que es de 3.855 usuarios.

Por las razones expuestas, el PSC 2022 tendrá los enfoques de mantener las condiciones operacionales para enfrentar la emergencia sanitaria, a través de la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (Estrategia TTA) y el de sostener una continuidad de la atención bajo los mejores estándares de calidad, seguridad y de protección de sus funcionarios y usuarios.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 7 de 315

Vigencia: 1 año

El equipo de salud de la Atención Primaria de Salud (APS) de Puqueldón, estableció un sistema de trabajo participativo, tanto de usuarios internos como externos, para el análisis de la situación actual de salud de la comuna, de forma de realizar un plan anual de salud para el año 2022 que equilibre las necesidades de los usuarios, familias y comunidad, promoviendo un desarrollo integral entregándoles una atención de calidad y acorde a las necesidades locales.

Como parte del trabajo de análisis y confección de una planificación estratégica se usaron diagnósticos participativos, reuniones clínicas, planes de detecciones de necesidades (en el caso del Plan Anual de Capacitación) y una matriz de priorización de problemas y soluciones, para intentar objetivar los requerimientos y necesidades recurriendo a análisis estadístico y de recursos.

El proceso anual de planificación y programación año 2022, es una invitación a mirarnos como comuna, para evaluar, reflexionar y proyectar como queremos y podemos continuar trabajando en mejorar la salud de nuestra población a cargo.

El trabajo desarrollado por nuestro equipo culmina con este documento que debe usarse como una hoja de ruta para lograr los objetivos propuestos y en definitiva aportar a una mejoría en los procesos y en la calidad de las atenciones de salud.



2. ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA

La comuna de Puqueldón comprende la totalidad de la Isla Lemuy, con una superficie de 97,3 Km² y una población de 3.921 habitantes, según Censo de Población y Vivienda 2017 (la proyección de población año 2021, según INE es de 4.199 habitantes). El 100 % de la población es rural, siendo Puqueldón el principal poblado.

Lemuy está separada de la Isla Grande de Chiloé por el canal Lemuy hacia el norte, que se denomina canal Yal por el lado oeste, mientras que el canal Quehui la aparta de las islas Chelín y Quehui, y el golfo Corcovado baña sus costas por el sur.

Su capital comunal es el poblado de Puqueldón, ubicado en el sector norponiente de la Isla, que actúa como centro de equipamientos esenciales y de servicios. En el sector nororiente de la Isla Lemuy encontramos las localidades Aldachildo y Puchilco, en el centro la localidad de San Agustín; en el sector sur poniente se encuentra Ichuac, Chulchuy y Lincay, mientras que en el sur oriente se encuentran las localidades Detif y Liucura. La mayoría de las localidades de la comuna están localizadas en el borde costero, asentamientos consolidados por el transporte marítimo menor, dado que no existía red vial.

El principal acceso a la comuna es por vía marítima, a través del transbordador que une las localidades de Huicha (Chonchi), ubicada junto a la ruta W-853 en la isla de Chiloé, y Chulchuy, en la isla Lemuy. En Chulchuy parte la principal vía de comunicación terrestre a través de la cual se puede acceder a toda la comuna.

La comuna de Puqueldón, al estar emplazada en el archipiélago de Chiloé, está rodeada por tres canales: Canal Yal que separa la Isla Grande de Chiloé de la Isla Lemuy con un ancho que varía entre 2 y 6 km, en éste se desarrollan principalmente labores de pesca y salmonicultura; Canal Lemuy que separa el sector norte de la Isla Lemuy con la Península de Rilán, perteneciente a la comuna de Castro; y Canal Quehui que separa la Isla Lemuy con las Islas de Quehui y Chelín, pertenecientes a la comuna de Castro.

En comparación con la realidad nacional, Puqueldón presenta una geografía única y especial, así como también su clima, que puede muchas veces generar inconvenientes respecto a la conectividad con la capital provincial así como la regional, ya que las inclemencias del tiempo pueden llevar a cerrar puertos o dificultar el traslado, a diferencias de otras zonas de Chile, en donde la vía terrestre es la vía más segura y eficiente de conexión.

Por lo antes señalado, las vías de conectividad internas de nuestra isla se vuelven indispensables, pudiendo así contar con movilización interna que permite el tránsito de los habitantes por el mismo territorio.



Figura N°1: Ubicación de las localidades en Isla Lemuy



En la comuna existen 9 sectores: Chulchuy, Ichuac, Lincay, Puqueldón, San Agustín, Liucura, Detif, Puchilco y Aldachildo.

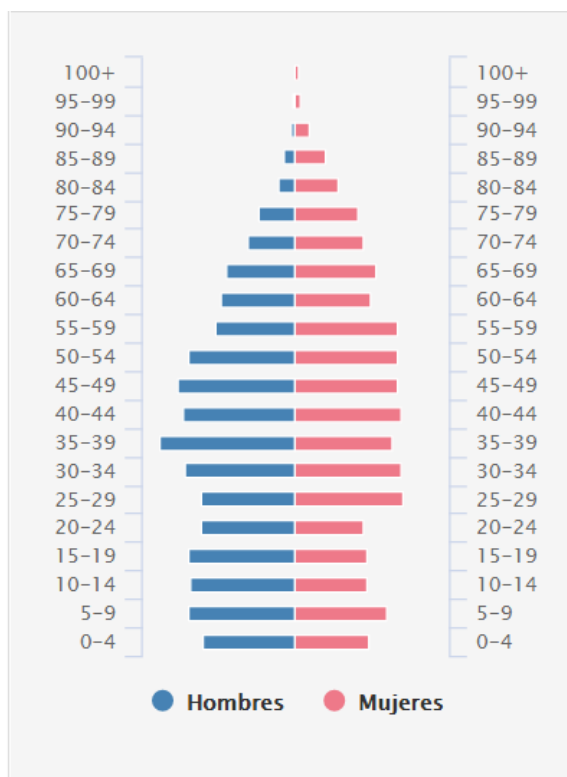
2.1 ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS

Nuestro país se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, esta transición tiene su origen en la disminución de los niveles de mortalidad y natalidad acontecidos en la segunda mitad del siglo XX. A raíz de esto se presentan situaciones como el envejecimiento de la población y la disminución en la proporción de población económicamente activa. El INE ha proyectado para el año 2050 que la población de 60 años y más se aproximará al 30% del total, situación que se refleja también a nivel comunal.

La comuna de Puqueldón tiene una población según el CENSO 2017 del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 3.921 habitantes, los cuales están distribuidos en 1.973 hombres (50,3%) y 1.948 mujeres (49,7%) con una edad promedio de 39,5 años, con un Índice de masculinidad de 101.3 hombres por cada 100 mujeres.

Tiene una densidad poblacional de 40,76 habitantes/Km².

Presenta una pirámide poblacional de tipo estacionaria, concordante con el resto del país.





Cuando hacemos un análisis de la distribución etaria de la población, observamos que la proporción de menores de 15 años se encuentra discretamente disminuida en relación a la media nacional y regional, contrario a lo que ocurre con la población adulta mayor que se encuentra notoriamente aumentada, obteniéndose una relación de 87,8 adultos mayores (mayores de 65 años) por cada 100 niños (menores de 15 años), la cual es significativamente mayor en comparación al promedio país (56,9) y al promedio región (53,8). Lo anteriormente descrito apunta, a que Puqueldón presenta una población más envejecida en comparación con el promedio nacional y regional, lo cual, determina una razón de dependencia total de 52,7, que es francamente mayor que el promedio nacional (45,9) y el regional (47,1).

Población, índices y razones	País	Región de Los Lagos	Comuna Puqueldón
Población Total	17.574.003	828.708	3.921
Población 0 a 14 años	20,10%	20,80%	18,80%
Población 15 a 64 años	68,60%	68%	65,50%
Población 65 y más años	11,40%	11,20%	16,50%
Índice de masculinidad	95,9	97,6	101,3
Razón de dependencia total	45,9	47,1	52,7
Razón de dependencia de adultos mayores	16,6	16,5	25,2
Razón de dependencia de menores	29,3	30,6	27,2
Relación adultos mayores y niños	56,9	53,8	87,8

Tabla N°1: Población, índices y razones, basados en datos del INE (Censo 2017)



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 12 de 315

Vigencia: 1 año

Migrantes: En el CENSO 2017, 3.867 de los 3.921 habitantes censados en Puqueldón, se declaran residentes habituales, es decir, el lugar en el que ha estado la persona durante al menos seis meses en el último año o donde tiene intención de permanecer por al menos seis meses, que corresponde al 98,62%. Cabe señalar que el 89% de la población de Puqueldón ha vivido durante los últimos 5 años en la Isla, y, es más, el 82% ha vivido toda su vida en Puqueldón. Por otro lado, tan solo el 1% de la población proviene de otro país, siendo el 80% de estos, de nacionalidad Argentina.

Vivienda: La totalidad de la población de Puqueldón corresponde a población rural. Existen 1641 viviendas construidas de las cuales, se encuentran desocupadas o son ocupadas por temporada el 15%. El hacinamiento, (entendido como aquellas viviendas donde en las habitaciones de uso exclusivo para dormitorio, son ocupados por 2,5 o más miembros de la familia), es de un 4%. No existe una red única de agua potable, siendo abastecido, principalmente, por cooperativas de aguas, napas, etc. Con respecto a la calidad de las viviendas, son evaluadas en el CENSO 2017, a través del Índice de Materialidad (IM) según las características de su construcción, se desglosan en 83% aceptable, 15% recuperable y un 2 % como irrecuperable.

Indicadores educacionales: Un punto fundamental de las condicionantes sociales es el acceso a educación. En Puqueldón, sólo existe acceso a educación preescolar y escolar básica, con matrículas en descenso asociado a disminución de la natalidad, corresponde a escuelas dependientes de la Corporación Municipal (3 unidocentes, y 5 poli docentes) y una escuela perteneciente a una corporación privada (subvencionada). Una vez egresados los alumnos de 8° básico, los adolescentes deben trasladarse hacia otra comuna a continuar con enseñanza media. Los índices de escolaridad comunal son bajos, especialmente en la población adulta y adulta mayor, que no tuvieron acceso y oportunidad de continuar con estudios superiores, tenemos un porcentaje (5,2%) de población analfabeta lo que necesariamente nos lleva a buscar estrategias para llegar a esta población. Sin embargo, esta



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 13 de 315

Vigencia: 1 año

es una problemática a nivel regional y provincial, poseemos cifras de escolaridad menores al promedio país y analfabetismo mayor que el índice país. La escolaridad promedio de los Jefes de Hogar es de 7,5 años, similar a la escolaridad observada en los pueblos originarios. De la totalidad de los habitantes entre 6 a 18 años, que se encuentran en edad obligatoria de escolarización, el 95% se encuentra escolarizado, dentro de este grupo, los adolescentes de 14 a 18 años, los cuales, se deberían encontrar cursando enseñanza media, sólo un 76% de los censados se encontraba cursando. De la población de menores de 6 años, un 46%, acceden a escolarización, ya sea, Sala Cuna, Jardín, Pre-Kínder o Kínder. Por otro lado, entre los mayores de 19 años, sólo un 8% ha cursado 1 año en alguna institución de nivel superior, y dentro de estos, un 78% se encuentra con su educación superior completa.

Descripción de hogares y familias: Según CENSO 2017, en la comuna de Puqueldón existen 1340 hogares, siendo el promedio de ellos, 2,8 personas. En un 39% de los hogares, se encuentran Jefas de Hogar, y en un 40% de los hogares existen 1 o más personas de algún pueblo originario. También podemos señalar que en un 1% encontramos migrantes extranjeros. Con respecto a la tipificación de los tipos de hogar, podemos señalar que el 52,8% son Familiares Nucleares.

Empleabilidad: Con respecto a la empleabilidad, del total de personas mayores de 15 años, un 46% declara mantener algún tipo de actividad laboral, ya sea, esta con un pago en remuneración o especies, comparativamente menor a lo observado a nivel regional (57%) y lo observado a nivel nacional (58%), siendo la edad promedio entre los trabajadores de 40,8 años, y un 6% de ellos estudian. Por otro lado, cabe señalar que, del total de la fuerza de trabajadores de la comuna, un 46% corresponde a Mujeres, significativamente mayor al 40% observado a nivel nacional, o al 42% observado en la región de los Lagos. También hay que señalar que la escolaridad promedio de la fuerza laboral, es de 9,8 años, superior al 7,5% promedio de los jefes de hogar. Las actividades económicas Empleabilidad según sector de la y productivas de la comuna son principalmente, la actividad acuícola - pesquera, en el



sector primario y secundario, siendo la industria de salmones y choritos, las que ocupan los primeros lugares en la comuna. El sector terciario, depende principalmente, de la corporación municipal de la comuna y el municipio. Por otro lado, mencionar que un porcentaje no precisado de población, pero significativo, se dedica a la ganadería y agricultura para auto-abastecerse, más que con un fin comercial.

Aislamiento: Nuestra población, se ha encontrado históricamente postergada, principalmente por las condiciones de aislamiento geográfico (por su condición de insularidad) y climático, que por años ha sido una de las determinantes sociales de mayor peso en nuestra comunidad, que condiciona un acceso insuficiente a servicios básicos, como salud, educación, etc., pero que también configura un escenario del autoabastecimiento de la comunidad. A pesar, de que existen avances sustanciales en cuanto a conectividad tanto interna como con Chonchi y Castro, esto no ha alcanzado a toda la población, específicamente si consideramos que la pavimentación de caminos en la isla es posterior a la inyección de recursos por parte de la UNESCO al declarar 3 iglesias (Ichuac, Aldachildo y Detif) de la isla como patrimonio de la humanidad, el año 2000. Previo a este evento, la cantidad de personas que podían desarrollar una actividad laboral remunerada dependiente con pago de imposiciones era marginal, lo que determina que para la gran mayoría de los adultos mayores de la isla, su única fuente de ingreso es la pensión básica asistencial. Por otro lado, existen localidades donde hay microbús 2 veces en el día, y el costo de este, en algunas ocasiones supera los \$5000 pesos (ida y vuelta), lo cual, es inaccesible para la población con un ingreso básico asistencial.

El Centro de Salud Familiar de la comuna de Puqueldón, ha intentado mermar este aislamiento observado en algunos segmentos de la comunidad, a través de la conectividad interna en el traslado de usuarios en los vehículos institucionales destinados para ello, como camionetas de terreno y ambulancias, que permiten acercar a los usuarios a sus atenciones de salud, de manera efectiva.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 15 de 315

Vigencia: 1 año

Además, se incluyen en este punto, las visitas domiciliarias integrales, actividad realizada por uno o más profesionales del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria.

Ruralidad: Corresponde a una comuna clasificada con un 100% de ruralidad, esto implica varias condiciones especiales en la población general, especialmente en lo referente a acceso a salud, educación y servicio básicos, asociado a su condición de ruralidad. En general nuestra población se autoabastece con varios alimentos, especialmente papas, huevos, carnes de diferentes tipos, sin embargo, hay un consumo en exceso, las porciones no son las recomendadas, hay un excesivo uso de las frituras. También ha condicionado las formas de trabajo, la mayoría de nuestros usuarios, fueron o son trabajadores agrícolas, con posturas y trabajos forzados por largos periodos de tiempo, lo que sin duda ha llevado a que tengan una serie de patologías osteoarticulares, limitando su movilidad y funcionalidad.

Alcoholismo: Está fuertemente arraigado a la realidad local, la mayoría produce su propio alcohol a partir de la fermentación del jugo de manzana, en altas cantidades, debido a la abundancia de este recurso. Aún es una problemática escondida, poco reconocida y normalizada. Es una temática comunal con una implicación en la morbi-mortalidad aún no cuantificado en la comunidad.

Violencia intrafamiliar: Existe una tasa creciente de consultas y denuncias asociadas a violencia, contra la mujer, niños y adultos mayores principalmente, no solo considerando agresiones físicas, sino que psicológicas, abandono y cambio de roles en el cuidado de niños y niñas. Muchas de ellas gatilladas por el consumo de alcohol.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 16 de 315

Vigencia: 1 año

Abusos sexuales: Es un tema altamente preocupante a nivel regional y provincial, a su vez lo hemos evidenciado en la comuna, como una conducta poco denunciada, probablemente casi normalizada, encontrándonos con las secuelas que un hecho de esta envergadura genera en la persona y su familia a largo plazo. En estos casos se trabaja en la reparación. Ante sospecha se realiza denuncia inmediata.

3. RESUMEN EJECUTIVO DE DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNAL

3.1 DIAGNÓSTICO SANITARIO

CARACTERIZACIÓN DE LA RED

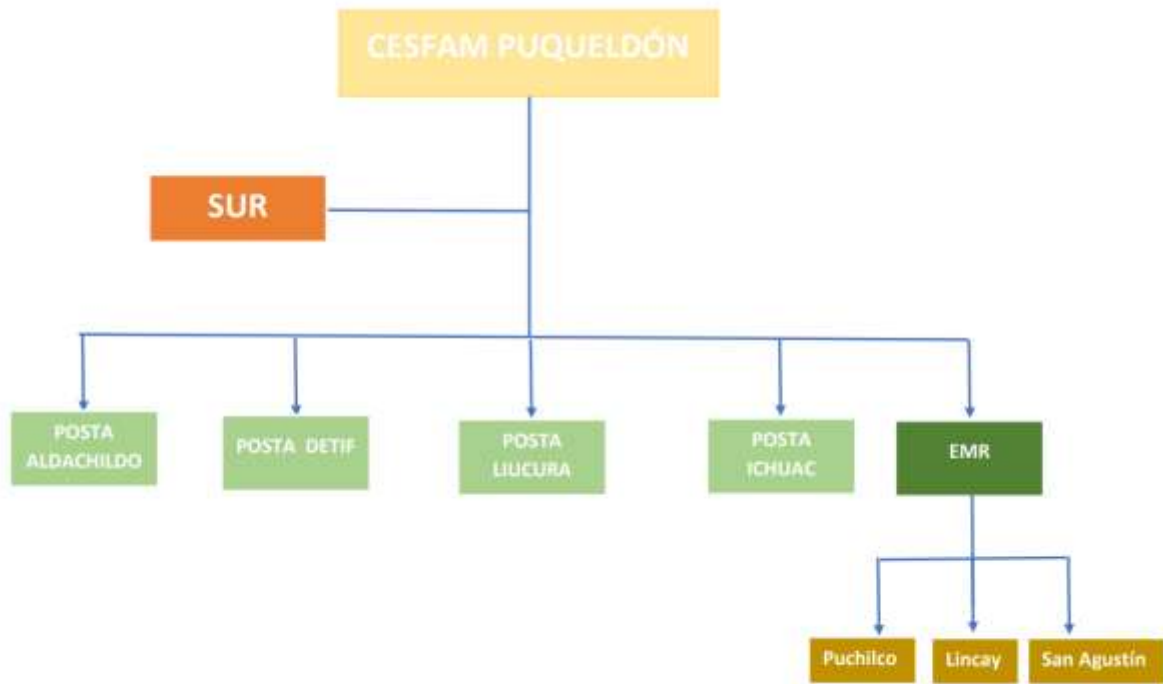
VISIÓN

Ser un Centro de Salud Familiar proactivo, resolutivo y comprometido con la comunidad, que entrega las herramientas necesarias para lograr el autocuidado en salud y que mantiene a personas y familias saludables.

MISIÓN

Facilitar y promover conductas saludables a través de la entrega de servicios de calidad, humanizados y equitativos, que considere el ciclo vital individual y familiar y que abarque acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, contando con equipo de salud completo, recursos financieros y recursos físicos para lograrlo, con la participación del intersector de las autoridades políticas y la comunidad. Promover la salud integral a través de un importante trabajo en salud rural, interdisciplinaria y con pertinencia cultural.

ORGANIGRAMA DE LA RED ASISTENCIAL COMUNAL



SALUD FAMILIAR

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma:



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 18 de 315

Vigencia: 1 año

Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer, incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena.

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

El modelo, en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros).

Este modelo de salud, vinculado con nuestra realidad local, busca llegar a la situación de la comuna a través de estudios de familias permanentes, donde se abordan y estudian casos pesquisados y analizados en las reuniones de equipo de cabecera realizadas mes a mes por los equipos profesionales de cada sector (azul y rojo), buscando como finalidad la intervención en familias de riesgo moderado a alto.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 19 de 315

Vigencia: 1 año

En el desarrollo histórico de la Atención Primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han principios irrenunciables que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud, los cuales son los siguientes:

- 1) **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios.
- 2) **Integralidad:** La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.
- 3) **Continuidad del cuidado:** Este principio se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atiende y desde la perspectiva de los sistemas de salud.

Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, destacamos tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento Organización Panamericana de la Salud (OPS) “Redes Integradas de Servicios de Salud”:

Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende



fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.

Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).

Profesional: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

Enfoque Intercultural

La Ley de autoridad sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones de pueblos originarios sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran.

Según CENSO 2017, un 32,25% de los habitantes de la comuna, se reconoce como perteneciente a un pueblo originario, destacando un 98,4% que se reconoce como Mapuche.

La incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibiliza el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad.



RED ASISTENCIAL COMUNA DE PUQUELDÓN

La comuna cuenta con una red de asistencia en salud integrada por el CESFAM, Postas de Salud Rural y Estaciones Médico Rurales, administrados por la Corporación Municipal de Puqueldón.

RED ASISTENCIAL	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SECTOR
CESFAM	Centro de Salud Familiar Puqueldón	Azul
Postas de Salud Rural (PSR)	PSR Ichuac	Azul
	PSR Aldachildo	Rojo
	PSR Liucura	Rojo
	PSR Detif	Rojo
Estaciones Médico Rurales (EMR)	EMR Lincay	Azul
	EMR Puchilco	Rojo
	EMR San Agustín	Azul

Tal como muestra la tabla anterior, la red asistencial de la comuna se divide en 2 sectores: sector Azul y sector Rojo. La sectorización consiste en dividir geográficamente un territorio de acción correspondiente, considerando el número de familias beneficiadas, las barreras geográficas y los límites naturales de una determinada población.



Figura N°2: Sectorización en Salud Comuna Puqueldón

La sectorización de la población a cargo, es una de las estrategias que facilita el enfoque biopsicosocial y la continuidad de los cuidados, al permitir la identificación entre usuario y equipo. Esto obedece a la necesidad de limitar el número de usuarios, frente a un amplio y complejo campo de actuación, con el objeto de permitir una mayor proximidad y conocimiento del individuo, su familia, su comunidad y su entorno, facilitando así una correlación equilibrada entre demanda y capacidad de respuesta, mejor uso de los recursos y el desarrollo de acciones preventivas y promocionales.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 23 de 315

Vigencia: 1 año

RECURSO HUMANO POR SECTOR

Sector	Recurso Humano
Azul	Médico
	Enfermera
	Nutricionista
	Matrona
	Psicólogo
	Asistente Social
	TENS de Sector (6)
Rojo	Médico
	Enfermera
	Nutricionista
	Matrona
	Psicóloga
	Asistente Social
	TENS de Sector (6)
Equipo transversal	Odontólogos
	Kinesiólogos
	Terapeuta Ocupacional
	Educadora de Párvulos



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 24 de 315

Vigencia: 1 año

RECURSOS FÍSICOS

CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUQUELDÓN

Su construcción data del año 1995. La población a cargo es de 1773 habitantes, distribuidas en 1227 familias.

Las instalaciones del CESFAM de Puqueldón comprenden 369,09 mt² de superficie. Actualmente, los boxes de atención son insuficientes para los profesionales que prestan atención, para lo cual se han habilitado recintos no aptos para la atención de pacientes, como una forma de mitigar el déficit de espacio físico. Este requerimiento será subsanado con la implementación del nuevo CESFAM de 1384,64 mt² a mediano plazo.

Actualmente el CESFAM de Puqueldón funciona de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas y los días sábados de 09:00 a 13:00 horas.

POSTAS DE SALUD RURAL (PSR)

Existen 4 postas rurales funcionando en la comuna, las cuales están ubicadas en los sectores de Ichuac, Aldachildo, Liucura y Detif. Cada una cuenta con 2 TENS permanentes. Las Postas de Salud Rural funcionan de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas.

PSR Ichuac

Su construcción data del año 2004. La población a cargo es de 513 personas, distribuidas en 242 familias.

PSR Aldachildo

Su construcción data del año 2008. La población a cargo es de 495 personas, distribuidas en



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 25 de 315

Vigencia: 1 año

188 familias.

PSR Liucura

Su construcción data del año 2009. La población a cargo es de 470 personas, distribuidas en 147 familias.

PSR Detif

Su Infraestructura se pone en funcionamiento el año 1998. La población a cargo es de 428 personas, agrupadas en 140 familias.

ESTACIONES MÉDICAS RURALES (EMR)

Existen 3 estaciones médico rural en la comuna: EMR Lincay, EMR San Agustín y EMR Puchilco. Las 3 tienen una infraestructura básica, no cuentan con dotación de personal permanente, siendo dependientes del CESFAM de Puqueldón.

Se está implementando y acondicionando una cuarta EMR, esto en el sector de Marico.

SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)

El CESFAM Puqueldón cuenta con una Unidad de Urgencias adosada denominada SUR (Servicio de Urgencia Rural). Se brinda atención de usuarios ambulatorios que requieren evaluación y atención clínica con características de urgencias, siempre bajo una categorización según criterios de gravedad. El espacio físico que se dispone para esto es un box con doble entrada.

Tienen acceso a este servicio de atención todos los habitantes de la Isla de Lemuy y la población flotante o de paso.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 26 de 315

Vigencia: 1 año

Debido a la división administrativa, legislación vigente y convenio SUR de Baja Complejidad, se cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Paramédico de Turno Residente.
- Paramédico de Segundo Turno, de llamada.
- Conductor de Turno, de llamada.
- Conductor de Segundo Turno, de llamada.
- Médico de Turno, de llamada (turnos semanales entre los 3 médicos residentes de la isla).

El turno de llamada hace referencia a la obligación de los recursos humanos de estar disponibles según la contingencia en el S.U.R. y con ello prestar la atención oportuna y de calidad que permitan el adecuado cuidado de la salud de la población.

Durante el transcurso de este año y debido a la creciente demanda de los usuarios frente a este servicio, se ha tenido que reforzar el SUR, contando con un/a TENS de segundo turno presencial.

El Centro de referencia es el Hospital de Castro a 40 km de distancia, con un tiempo habitual de traslado de 60 minutos.



MOVILIZACIÓN

TIPO VEHIC. O EQUIP.	PATENTE	AÑO FABRIC.	MARCA	MODELO	KM	ESTADO ACTUAL	FUNCIÓN
Ambulancia	FWHB-92	2013	MERCEDES BENZ	Sprinter 315	12.790	Regular estado	Traslado de Pacientes
Ambulancia	HXJY-64	2016	MERCEDES BENZ	Sprinter 313 CDI	113.720	Regular estado	Traslado de Pacientes
Furgón	HDHC-10	2017	NISSAN	NV 350	50.859	Buen estado	Rondas/Operativos
Camioneta	KXDV-51	2019	NISSAN	NP 300	80.218	Buen estado	Rondas/Terreno
Camioneta	KXDV-39	2019	NISSAN	NP 300	81.543	Buen estado	Rondas/Terreno
Camioneta	JVVP-99	2020	MITSUBISHI	L-200 KATANA	38.909	Buen estado	Rondas/Terreno
Camioneta	KHPT-32	2020	MITSUBISHI	L-200 KATANA	41.911	Buen estado	Rondas/Terreno
Camioneta	PHDZ-27	2021	MITSUBISHI	L-200 KATANA	10.911	Buen estado	Rondas/Terreno

CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA

Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se contextualizan en el modelo integral de salud familiar y comunitario, e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con éstas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda.

Las prestaciones que debe entregar la atención primaria de salud, se regulan mediante decretos, el último decreto per cápita se emitió el 30 de diciembre del 2020 y establece la canasta de prestaciones.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 28 de 315

Vigencia: 1 año

A medida que nos empapamos cada día en el modelo de salud familiar y comunitario, hallamos una serie de actividades del quehacer diario, que prestamos y que muchas veces no se reflejan completamente en una cartera de prestaciones estándar, buscando ir más allá del concepto biomédico y asistencial, enfocado en el desarrollo humano en toda su integralidad.

Nuestro establecimiento de Atención Primaria de Salud Municipal, brinda un conjunto de prestaciones las cuales se encuentran contenidas en una serie de Programas de Salud, los que son aprobados anualmente por el Ministerio de Salud, y son ejecutados en pro de las necesidades de la población, abarcando y beneficiando todos los grupos etarios, dando respuesta a las necesidades que se detallan a continuación:

CANASTA DE PRESTACIONES

SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)
- Atención a domicilio.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 29 de 315

Vigencia: 1 año

- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia).

SALUD DE ADOLESCENTES

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención Psicosocial.
- Consulta kinésica.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en salud mental.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 30 de 315

Vigencia: 1 año

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).

SALUD DE LA MUJER

- Control prenatal.
- Control preconcepcional.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
- Examen de salud odontológico en gestante.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 31 de 315

Vigencia: 1 año

- Educación grupal odontológica en gestante.
- Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).

SALUD DEL ADULTO Y ADULTA

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético
- Intervención grupal de actividad física.
- Consulta kinésica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Control por sospecha de virus Hepatitis C.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 32 de 315

Vigencia: 1 año

CICLO VITAL ADULTO MAYOR

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.
- Consulta kinésica.
- Vacunación anti influenza.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor (PACAM).
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Control por sospecha de virus Hepatitis C.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 33 de 315

Vigencia: 1 año

ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

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



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 34 de 315

Vigencia: 1 año

- ✓ Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
- ✓ Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- ✓ Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- ✓ Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- ✓ Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- ✓ Tratamiento de erradicación de helicobacter pílora.
- ✓ Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.
- ✓ Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 35 de 315

Vigencia: 1 año

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

Educación grupal ambiental.

Consejería familiar.

Visita domiciliaria integral.

Consulta social.

Tratamiento y curaciones.

Extensión horaria.

Intervención familiar psicosocial.

Diagnóstico y control de la tuberculosis.

Visita domiciliaria de seguimiento.

Exámenes de laboratorio básico.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 36 de 315

Vigencia: 1 año

Exámenes de laboratorio básico conforme el siguiente detalle:

Hematología
Hematocrito
Hemograma
Recuento de leucocitos
Recuento de plaquetas
Tiempo de protrombina
Velocidad de sedimentación
Bioquímica
A) Sangre
Ácido úrico
Bilirrubina total y conjugada
Perfil lipídico (incluye Colesterol total, HDL, LDL, VLDL y Triglicéridos)
Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro)
Creatinina (1 vez al año)
Depuración de creatinina
Fosfatasas alcalinas
Glucosa
Glucosa post-carga
Hemoglobina glicosilada
Proteínas totales
Transaminasas oxaloacética/pirúvica (GOT/AST y GPT/ALH)
TSH – T4 – T4 libre
Urea
Determinación de niveles plasmáticos de drogas y/o medicamentos (derivación)
B) Orina
Creatinuria
Detección de embarazo
Orina completa/Sedimento Urinario/Albúmina
Microalbuminuria cuantitativa
C) Deposiciones



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 37 de 315

Vigencia: 1 año

Leucocitos fecales
Sangre en deposiciones
Inmunología
Factor Reumatoideo
Microbiología
A) Bacteriología
Antibiograma corriente
Baciloscopía Ziehl Nielsen (toma de muestra)
Examen directo al fresco
Gonococo, muestra, siembra, derivación
RPR o derivar para VDRL
Urocultivo, recuento de colonias, antibiograma
B) Parasitología
Coproparasitológico seriado
Examen directo al fresco c/s tinción
Examen de Graham
Examen gusanos, macroscopio
Tricomona vaginalis (examen directo)
Virus Hepatitis C, anticuerpos de Anti HCV
Exámenes específicos para Alzheimer y otras demencias (no consideradas en el cuadro anterior)
Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)
Perfil hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasa alcalinas totales, GGT, Transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)
VDRL
HIV
Vitamina B12 por inmunoensayo
Electrocardiograma



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 38 de 315

Vigencia: 1 año

Prestaciones locales

Dentro de las prestaciones no incluidas en el decreto per cápita, pero que se implementan como estrategia local, son las siguientes:

- Evaluación para certificaciones de discapacidad con instrumento IVADEC.
- Sala de rehabilitación, con profesionales kinesiólogos para atención de público. Se resuelven tratamientos osteomusculares y neurológicos.
- Entrega de medicamentos en domicilio a adultos mayores
- Movilización de usuarios hacia Castro para realización de exámenes u horas médicas de especialidad (según necesidad y disponibilidad de recursos).
- Movilización de usuarios adultos mayores que lo requieran hacia rondas de sector.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 39 de 315

Vigencia: 1 año

Programa De Reforzamiento a la Atención Primaria De Salud (PRAPS)

Programa	Objetivo	Componentes
Programa Resolutividad	Este programa tiene como objetivo mejorar mediante el apoyo de procedimientos de imagenología la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud en el diagnóstico Clínico.	Lentes UAPO Cirugía Menor Climaterio Endoscopías.
Programa Imágenes diagnosticas	Este programa tiene como objetivo mejorar mediante el acceso a exámenes de imagenología específicos, que permiten la detección precoz y el diagnóstico oportuno de algunas patologías de salud.	Mamografías Rx Cadera. Ecografía abdominal. Rx de Torax
Programa de Equidad en Salud Rural	El programa busca mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos.	Apoyo financiamiento RRHH.
Programa Salud Mental	Su propósito es implementar acciones de refuerzo a las prestaciones regulares de salud de los establecimientos de APS, que contribuyan a detectar precozmente trastornos mentales, riesgo suicida y otros factores de riesgo en niños, adolescentes, jóvenes y adultos.	Apoyo financiamiento RRHH.
Programa Fortalecimiento de Recursos Humanos	Busca entregar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar.	Apoyo financiamiento RRHH. Vacunación influenza Atención pacientes CACU
Programa Servicio de Urgencia Rural	Su objetivo es entregar aquellas prestaciones que, siendo de baja complejidad aseguren un acceso inmediato y una actuación oportuna para resolver situaciones de salud que los usuarios consideran urgentes.	Apoyo financiero RRHH.
Programa fondo de farmacia	Su objetivo es entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos altos.	Apoyo RRHH (QF). Recursos compra medicamentos.
Programas odontológicos	Pretende mejorar el acceso a la atención de patologías odontológicas a la población beneficiaria. Son varios programas de apoyo.	GES Odontológico. Sembrando Sonrisas Odontológico integral.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 40 de 315

Vigencia: 1 año

		Mejoramiento de acceso atención odontológica.
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención primaria (MAIS)	Este programa tiene como objetivo consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.	Recursos financieros para cierre de brechas en salud familiar.
Programa Vida sana	Su objetivo es controlar la mal nutrición por exceso, mejorar perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Intervención en factores de riesgo de ENTS en población infantil y adulta.
Programa de Espacios amigables para adolescentes	Tiene como objetivo el acceso, atención integral y la oferta de servicios respondiendo las necesidades de salud de la población adolescente 10-19 años, en el ámbito de la promoción y prevención, fortaleciendo los factores y conductas protectores.	Apoyo financiero para RRHH.
Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial (CHCC)	Este programa tiene como objetivo fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente, a través de la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país.	Apoyo recurso humano para prestaciones infantiles.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 41 de 315

Vigencia: 1 año

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA

Para el análisis y caracterización de la demanda en Puqueldón se utilizó principalmente la información disponible en los registros estadísticos mensuales y en el registro estadístico semestral de junio de 2021.

Dentro de los datos recabados analizamos la información disponible con respecto al género de los usuarios en consulta de morbilidad médica.

Del total de consultas de Morbilidad realizadas a médico entre los meses de enero a noviembre del año 2021, se puede observar que la mayoría corresponden a consultas de población femenina.

Dentro de las tasas de consulta podemos diferenciar que la más alta es de la población adulta mayor.

Los programas más demandados por los usuarios son:

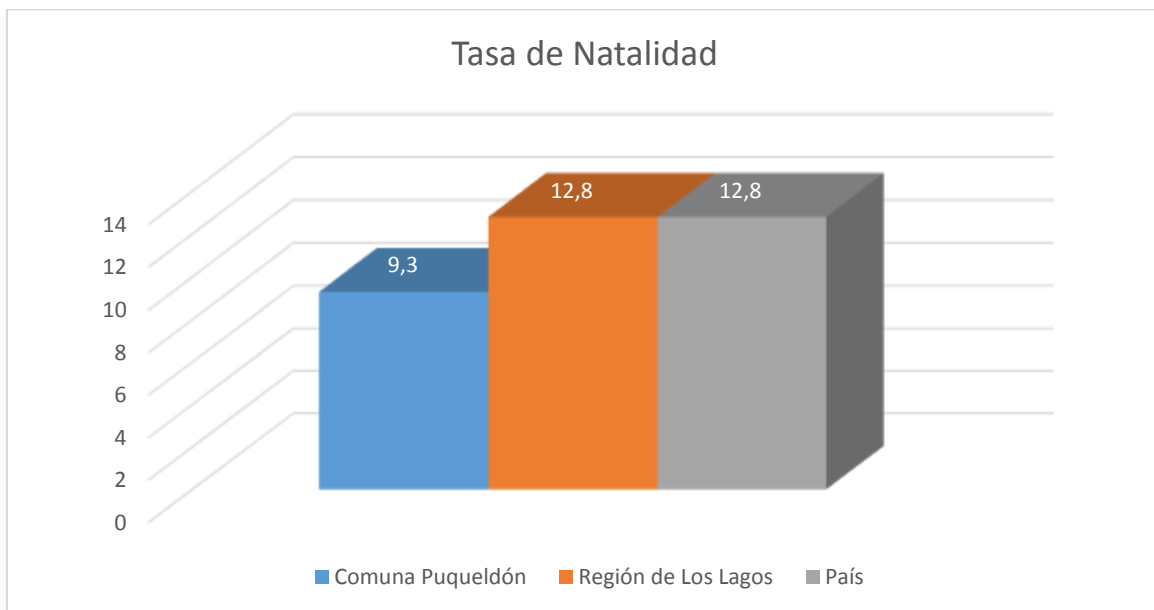
- Programa de Salud Cardiovascular.
- Programa Infantil
- Programa de la Mujer
- Programas odontológicos
- Programa de Salud Mental
- Programa del Adolescente

3.2 DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Las Estadísticas Vitales presentan las cifras de nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en el país, permiten conocer anualmente la frecuencia, localización territorial y las características sociodemográficas de la población en Chile. En la construcción de indicadores y entrega de estadística, se consideran los datos más actualizados presentes en el DEIS: datos año 2016 para natalidad y mortalidad.

NATALIDAD

Según datos reportados por DEIS, la tasa de natalidad para la comuna es de 9,3 nacimientos por cada 1000 habitantes durante el año 2016, lo cual es inferior a la tasa regional y nacional que corresponden a 12,8 respectivamente para el mismo periodo.



Elaboración propia. Datos tomados del DEIS, año 2016.

Esta disminución en la tasa de nacimientos en comparación con la región y el país, se debe en gran medida a la postergación de la maternidad de muchas mujeres de la isla, quienes

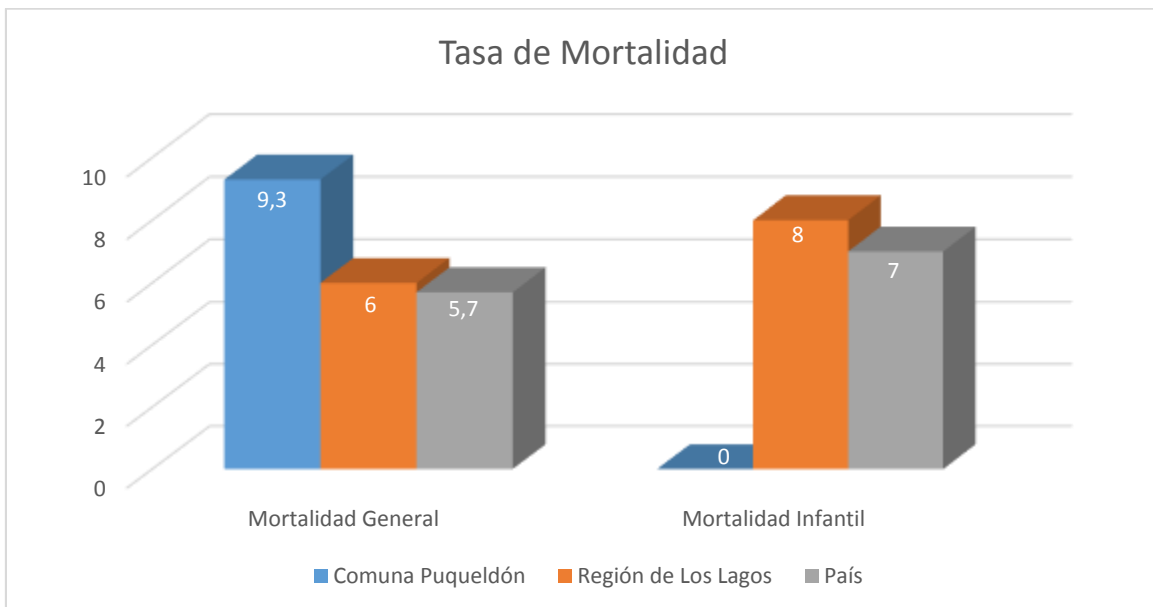


buscan el desarrollo profesional y laboral. A pesar de ello, a nivel local se ha observado aumento de la tasa de natalidad respecto a otros años, esto influenciado en gran medida por las condiciones de pandemia.

MORTALIDAD

Según los datos reportados por el DEIS 2016, la tasa de mortalidad para la comuna de Puqueldón es de 9,3 por cada 1000 habitantes, lo cual es superior a lo registrado a nivel regional y nacional, siendo estas tasas de 6 y 5,7 respectivamente para el mismo periodo. Para el caso de la mortalidad infantil de la comuna, no se registraron decesos.

Unidad Territorial	Mortalidad General	Mortalidad Infantil
Comuna de Puqueldón	9,3	0
Región de Los Lagos	6	8
País	5,7	7



Elaboración propia. Fuente: Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud (MINSAL).

La comuna de Puqueldón que presenta el tramo de la población adulta mayor notoriamente aumentada, obteniéndose una relación de 87,8 adultos mayores (mayores de 65 años) por cada 100 niños (menores de 15 años), apuntando a que nuestra comuna, presenta una población más envejecida en comparación con el promedio nacional y regional, lo cual, podría determinar la explicación de su tasa de mortalidad. Considerando además que este grupo etario, presenta mayor deterioro de su salud a corto y largo plazo.

Defunciones por grandes grupos de causas, Región de Los Lagos, año 2016



Al realizar el desglose por causa de muerte, del total de fallecidos en la región de los lagos apreciamos que los fallecidos por enfermedades cardiovasculares o las neoplasias o tumores lideran las muertes en la región tanto en hombres como en mujeres.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total. Son la principal causa de muerte a nivel nacional y mundial.



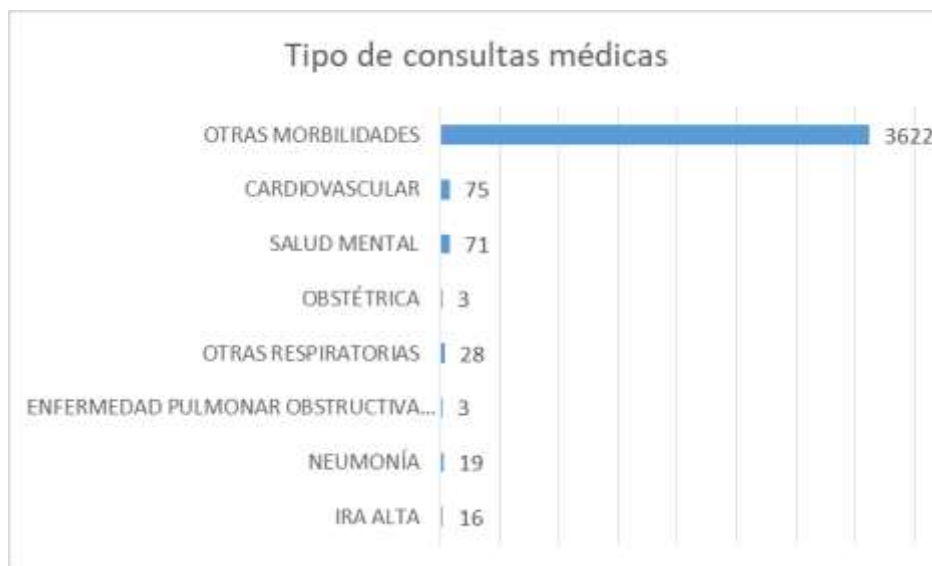
Dentro del grupo de ENT destacan las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, patologías prevenibles relacionadas a estilos de vida no saludables como tabaquismo, alimentación no saludable, inactividad física y consumo excesivo de alcohol.

MORBILIDAD

Para determinar el perfil de morbilidad de la población lemuyana, se realizó un análisis local utilizando principalmente la información disponible en los registros estadísticos mensuales desde enero a noviembre del 2021 y el registro estadístico semestral de junio del presente año.

Tipo de consultas médicas

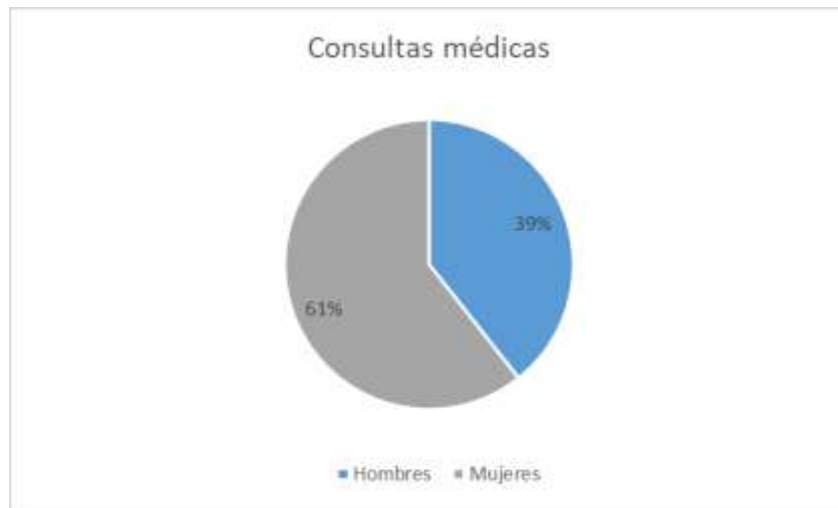
Según el perfil de morbilidad, las principales consultas médicas se presenta en la siguiente gráfica:



Como se puede observar, las principales consultas son por “Otras morbilidades”, dentro de esta categoría se encuentran las consultas espontáneas.

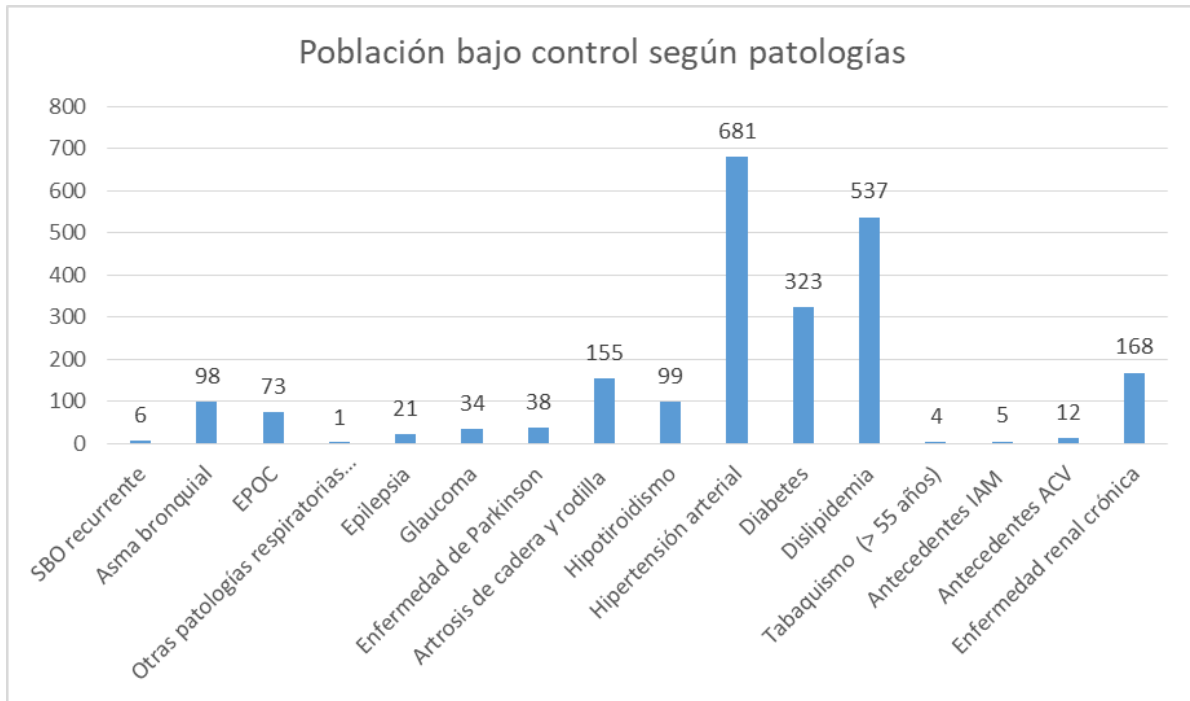
En segundo y tercer lugar se encuentran las consultas por patologías cardiovasculares y de salud mental, respectivamente.

Analizando las consultas según sexo, obtenemos que la gran mayoría de las consultas las efectúan las mujeres, ocupando el 61% de las consultas médicas.



Esta información resulta útil para la gestión de la demanda, brindando cobertura a las principales necesidades de los usuarios.

Si analizamos las principales patologías por la cual la población está bajo control en nuestro CESFAM y postas, encontramos en primer lugar a la Hipertensión Arterial, seguida de la Dislipidemia y Diabetes Mellitus tipo 2. También una parte importante de la población se controla por patologías osteoarticulares como artrosis de cadera y de rodilla.



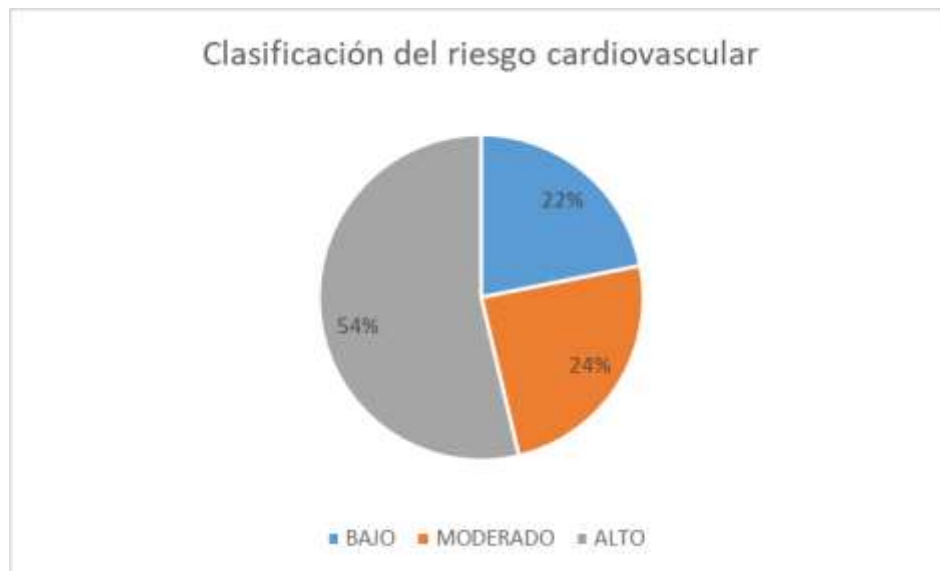
Control en el Programa de Salud Cardiovascular

La población bajo control durante el año 2021 corresponde a 1.398 usuarios que se atienden bajo el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). De ellos el 67% corresponde a mujeres y 33% a hombres.



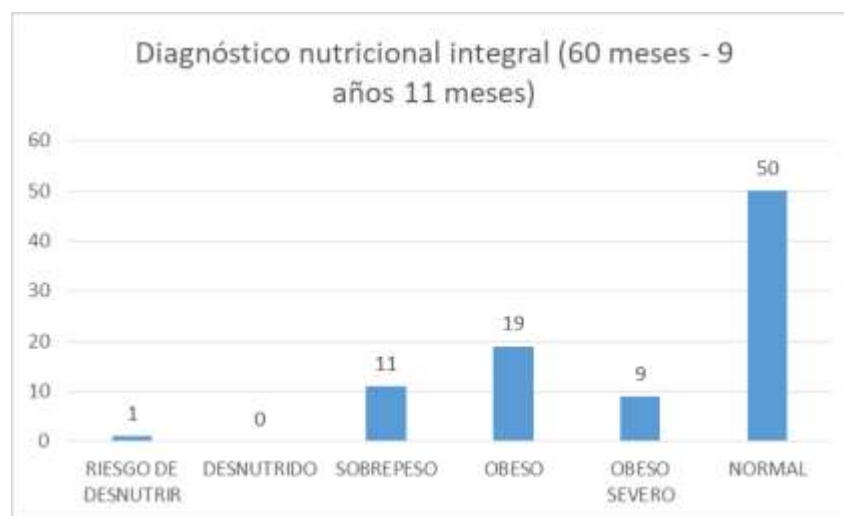
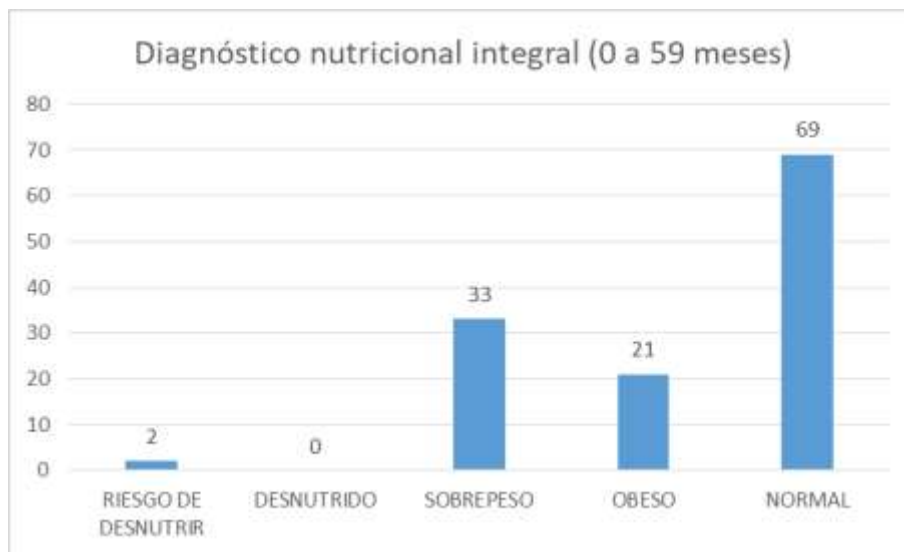
Estos usuarios son controlados por médico, enfermera, nutricionista y TENS, según el flujograma establecido por riesgo cardiovascular.

Interpretando el siguiente gráfico, se concluye que más de la mitad de los usuarios bajo control en el PSCV (54%) están clasificados como Alto riesgo cardiovascular. El riesgo cardiovascular hace referencia a la probabilidad de que una persona desarrolle un evento cardiovascular aterosclerótico durante un periodo de tiempo definido. El riesgo total expresa el efecto combinado de varios factores de riesgo. Así, los pacientes con alto riesgo cardiovascular son los que tienen un riesgo entre un 5% y un 10% de mortalidad cardiovascular en un plazo de 10 años.



Estado nutricional

Interpretando los datos locales, el estado nutricional varía durante el ciclo vital. En la población infantil, el estado nutricional (eutrófico) se posiciona en el primer lugar, como se presenta en las dos siguientes gráficas.



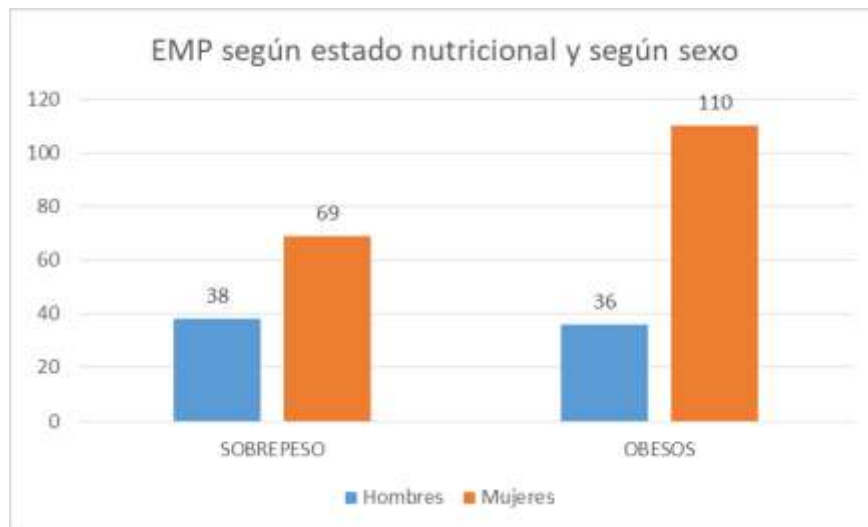
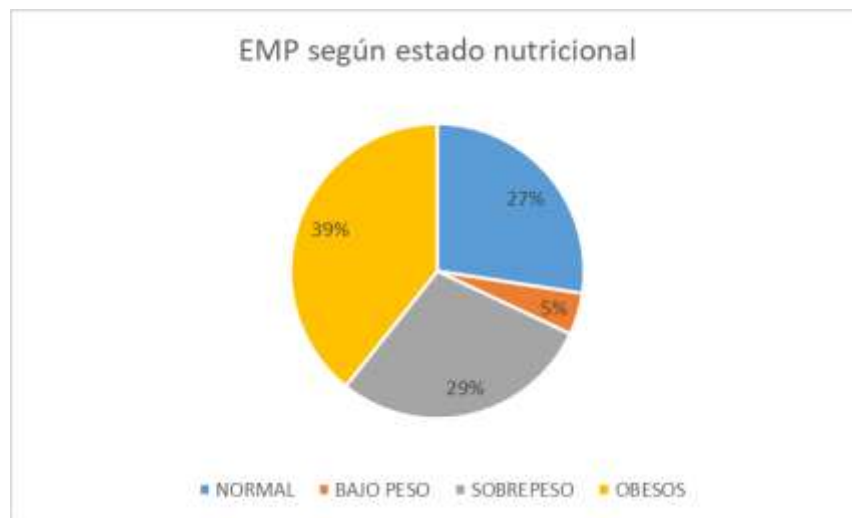
Sin embargo, la clasificación nutricional según las consultas de la población en general (0 a 80 y más años), este diagnóstico cambia, posicionando al sobrepeso y a la obesidad como principal problemática, ocupando un 67% de los 306 usuarios evaluados, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.



De las personas clasificadas con el estado nutricional de Malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), el 74% corresponde a población femenina, lo que se relaciona a que son el grupo que mayores consultas nutricionales realiza.



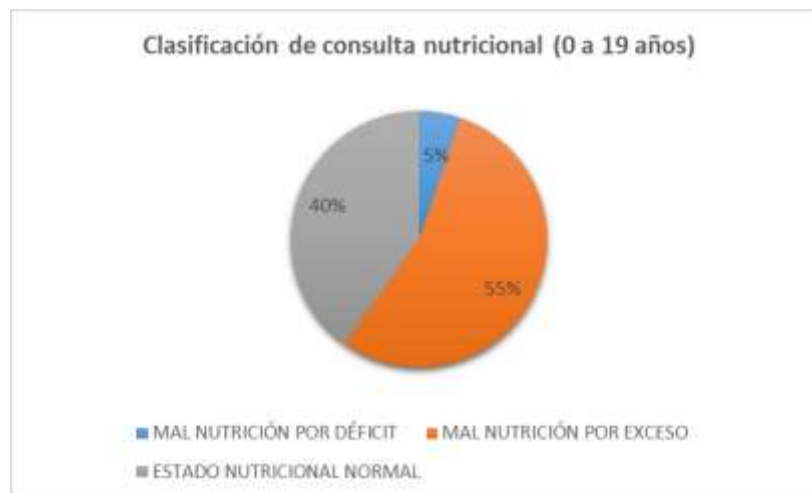
La misma situación ocurre interpretando el estado nutricional de los usuarios evaluados en el Examen de Medicina Preventiva del adulto (EMP), donde el principal diagnóstico nutricional corresponde a malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), manteniéndose la tendencia en que la mayoría de las que son clasificadas con este diagnóstico es la población femenina, como se representa en los dos siguientes gráficos.



El estado nutricional en la evaluación de las usuarias en su octavo mes de postparto es preocupante, ya que el estado de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) suman un 89% de las evaluadas, clasificándose sólo como obesidad a un 67% de esta misma población.



En la población de 0 a 19 años, un 55% presenta diagnóstico nutricional de malnutrición por exceso, como se muestra en el siguiente gráfico.



Desarrollo Psicomotor en niños bajo control en Programa Nacional de Salud Infantil

Analizando los resultados de las evaluaciones del Estado de Desarrollo Psicomotor, de un total de 74 niños evaluados con el instrumento EEDP por profesional de Enfermería, un 39% (24 niños) presentan alteración de su Desarrollo Psicomotor (DSM) en su primera evaluación, clasificándose un 10% normal con rezago en algunas de las áreas evaluadas, un 28% con riesgo y un 1% como retraso, como se evidencia en el siguiente gráfico.



Evaluación de Riesgo odontológico

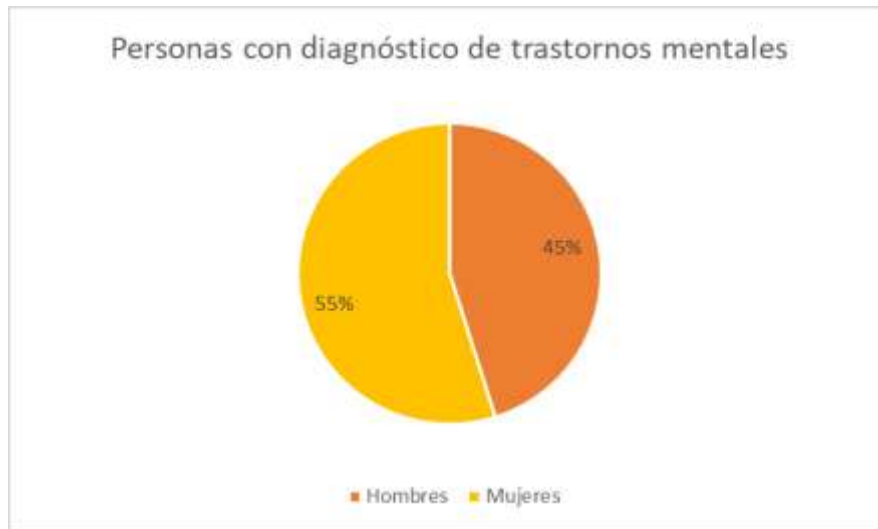
El Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) tiene como objetivo contribuir a la reducción de la prevalencia e incidencia de patologías orales más frecuentes en la población infantil. La principal herramienta consiste en la aplicación de una pauta de riesgo cariogénico y de hábitos que determinan estrategias de prevención. La pauta de evaluación de riesgo es una acción de tamizaje/screening y no de diagnóstico. Según las pautas aplicadas, un 66% de los niños tienen alto riesgo de desarrollar caries. La estrategia de prevención consiste en la orientación que debe entregarse a los padres, madres y/o cuidadores con el fin de proporcionar herramientas de cuidado orientadas a establecer hábitos saludables en el niño(a).

Salud mental

Se observa que, respecto al Programa de Salud Mental, existe una variación en comparación a los datos estadísticos referente al género, pues el 54% corresponde a ingresos realizados a la población masculina, como se aprecia a continuación:



Dentro de la población bajo control en el Programa de salud mental, diferenciando según sexo, se observa que gran parte de los trastornos mentales los presentan la población femenina.



La Escala evaluación de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto. En el caso de nuestra comuna, se observa que el 35% de las púerperas presentan riesgo de depresión post parto, siendo derivadas al equipo de salud mental, para su evaluación, tratamiento y seguimiento.





Diagnóstico Participativo

El diagnóstico participativo incorpora la recolección de información relevante, tanto la identificación de problemas o necesidades, como también los recursos y las potencialidades de la comunidad, con la finalidad de transformar la realidad.

Entonces el diagnóstico será además el comienzo de la primera etapa del Proyecto Comunitario Comunal, pues corresponderá al tiempo previo a la ejecución de las actividades y del proyecto mismo.

Se espera que en este periodo se realicen actividades relacionadas con la identificación de problemáticas, la elección de estrategias de acción y el diseño del proyecto.

Identificación

Comuna	PUQUELDON
Nombre establecimiento	PSR DETIF PSR LIUCUR A PSR ALDACHILD O PSR ICHUAC
Población a cargo	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 57 de 315

Vigencia: 1 año

Grupo etario	Femenino	Masculino	Total
0 a 9 años	75	83	158
10 a 19 años	122	110	232
20 a 64 años	609	565	1174
65 a 79 años	131	164	295
80 y más años	34	67	101
Modalidad Presencial, remoto o mixto	<p>Modalidad mixta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencial: para usuarios que presentan dificultades con la conectividad. - Remoto (vía zoom): para usuarios que cuentan con las herramientas y medios de comunicación necesarios. 		
Responsable de presentar el informe de Diagnóstico Participativo	<p>Karla Vargas Coliqueo Terapeuta Ocupacional</p> <p>Referente Comunal Programa Equidad Rural</p>		



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 58 de 315

Vigencia: 1 año

Metodología:

A. Equipo Gestor (técnico/comunitario)

El equipo gestor está compuesto por:

Carla Cornejo – Nutricionista – Directora CESFAM Puqueldón

Karla Vargas – Terapeuta Ocupacional – Referente Comunal Equidad

Rural Karina Torres Barría – Trabajadora Social

Mauricio Silva Alvarado – TENS

PSR Detif Rosa Martínez – TENS

PSR Detif Guillermina Ainol –

TENS PSR Liucura

Vanessa Torres - TENS PSR Liucura

(reemplazo) Flor Mansilla – TENS PSR

Aldachildo

Eugenia Villegas – TENS PSR

Aldachildo Valeska Vera – TENS

PSR Ichuac

Karina Vera - TENS PSR Ichuac

Soledad Martínez - Presidenta Junta de Vecinos sector Aldachildo

Wilma Guichapae – Presidenta Comunidad Indígena

Elsa Mansilla Alvarado – Presidenta Club del Adulto Mayor sector Liucura



B. Diseño del Diagnóstico Participativo.

El objetivo principal del presente diagnóstico comunitario es recopilar las problemáticas sociosanitarias existentes en la actualidad, que afecten a los usuarios y comunidad en general de los sectores de Detif, Liucura, Aldachildo e Ichuac en su conjunto, con el fin de definir posibles soluciones o mejoras futuras.

C. Convocatoria a organizaciones e instituciones de la comunidad.

Para este diagnóstico se convocó a los representantes de las diferentes organizaciones comunitarias de cada uno de los sectores mencionados. Todos ellos fueron invitados de manera personal, a través de llamados telefónicos, la entrega de invitaciones en formato papel y/o pdf por los TENS de cada PSR de la comuna.

A esta reunión asistieron tanto de forma presencial como vía remota (plataforma zoom), un total de 20 personas entre miembros de la comunidad y equipo de salud.

Además, se complementa con el envío de encuestas vía digital (formulario Google) a los usuarios de cada una de las PSR de la comuna, de lo cual se obtiene una participación de 63 usuarios.

Total participantes: 83.



D. Recolección de información

Se inicia la actividad haciendo una breve contextualización sobre los alcances del Programa Equidad en Salud Rural, se informan las modificaciones en la realización de los proyectos comunitarios año 2021 en relación a los proyectos de años anteriores. Acto seguido, se explican algunos conceptos centrales para la comprensión del diagnóstico participativo, por qué es importante y necesaria su realización, los motivos por los cuales fueron convocados y la metodología de trabajo que se pretende utilizar siempre relacionado a las fases del plan paso a paso y los aforos permitidos para dicha actividad. En esta oportunidad se utilizó una “Lluvia de ideas” como herramienta principal para la recolección de información.

Problemáticas:

- Aparición y/o aumento de sensación de angustia, nostalgia, labilidad emocional en la población adulta y adulta mayor, debido a aislamiento y escasa comunicación con familiares, lo que se vuelve aún más complejo en momentos en que una de las partes debe permanecer en cuarentena obligatoria en domicilio o residencias sanitarias.
- Disminución de la participación de población infantojuvenil, adulta y adulta mayor en actividades socio-recreativas.
 - Aumento de peso en población infantojuvenil.
 - Sedentarismo
- Dificultad para asistir al Centro de Acondicionamiento Físico comunal (Puqueldón).



- Necesidad de lugar adecuado para instalar equipamiento deportivo adquirido por Club de AM Liucura, Comité de Salud Liucura, Junta de Vecinos de Aldachildo
- Dificultad para asistir a Sala de Rehabilitación de manera frecuente interfiriendo en la continuidad de las intervenciones.
- Limitaciones para establecer/mantener contacto con miembros de sus agrupaciones y otras organizaciones comunitarias (reuniones).
- Falta de actividades recreativas para la población.

E. Selección de problemas centrales

Posteriormente a la lluvia de ideas se realiza en conjunto a los participantes un análisis libre de cada una de las problemáticas sociosanitarias detectadas. Se invita a cada participante a expresar según su apreciación personal y la de la organización que representa cuáles son las 3 problemáticas prioritarias para ellos en el escenario actual. Pese a esto, para la comunidad resulta complejo priorizar problemáticas ya que según lo señalado todas se interrelacionan y se reducen a un único problema central: Evidente deterioro de la salud mental, emocional, física y/o ocupacional de la población principalmente adulta y adulta mayor perteneciente a sectores rurales de Aldachildo, Liucura, Ichuac y Detif, a raíz de contexto sociosanitario.

La encuesta enviada a los usuarios de manera digital contempla el mismo contenido que el diagnóstico realizado vía zoom, en donde cada participante pudo expresar libremente sus opiniones y a su vez, definir los problemas centrales según su apreciación.



F. Análisis de problemas centrales, soluciones y acciones a desarrollar

Luego de la selección de los problemas centrales, se invita a los participantes a realizar un conversatorio en donde a cada problemática identificada se intenta asociar a posibles causas y a su vez visualizar consecuencias existentes o potenciales a corto, mediano y largo plazo. Cada dirigente realiza el conversatorio junto a los representantes de las demás organizaciones de su sector y finalmente se cruza la información entre organizaciones de diferentes sectores, pero con objetivos y características similares. Finalmente se recopilan las apreciaciones de todas las organizaciones participantes.

Soluciones planteadas por la comunidad:

- Implementación y equipamiento de salas de espera de PSR.
- Facilitar el acceso de usuarios de PSR a sesiones de rehabilitación física de manera remota sincrónica o asincrónica.
- Fortalecer la interacción social remota de los miembros de organizaciones comunitarias de los diferentes sectores, como también de aquellos que pertenecen a un mismo sector.
- Brindar un espacio de comunicación remota de usuarios y sus familias que, por motivos justificados, haya visto limitada su comunicación (cuarentenas obligatorias, adultos mayores con movilidad reducida, o con escasa o nula red de apoyo, complementando lo anterior con el uso de equipamiento adquirido durante el año 2020 (Tablet)
- Complementar actividades de salud realizadas por los diferentes profesionales de manera presencial con material audiovisual.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 63 de 315

Vigencia: 1 año

- Realizar actividad física y deportiva en PSR según los aforos.
- Realizar actividades de baile para los adultos del sector.

Difusión:

La difusión de los resultados a la comunidad es en formato papel, en donde se incorporan aspectos centrales obtenidos durante el desarrollo de la actividad. Para esto, se hace entrega a cada uno de los representantes de las diversas organizaciones de los 4 sectores mencionados una carpeta con las copias necesarias para ser difundidas entre sus miembros. Cada dupla de TENS de PSR apoyará en la entrega del material intentando llegar a cada una de las familias del sector. Esto último dada su complejidad, se complementará mediante la publicación de los resultados en un fichero informativo al ingreso de cada PSR.



3.3 IDENTIFICACIÓN, ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y PRONÓSTICO, PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Según el análisis realizado a través de datos estadísticos, diagnóstico participativo y reuniones de equipo, las principales problemáticas pesquisadas a nivel local, son las siguientes:

- Sobrepeso y obesidad.
- Malnutrición por exceso en población femenina.
- Alto porcentaje de población clasificada como riesgo cardiovascular alto.
- Deterioro de la Salud Mental de los adultos mayores.
- Alteración del Desarrollo Psicomotor durante la primera evaluación en Control de Salud Infantil.
- Disminución de la participación comunitaria atribuida al contexto sociosanitario.

De acuerdo con información entregada por MINSAL la disminución en la producción de 10 prestaciones trazadoras entre el año 2019 y 2020 a nivel país es de un 49,34%. Al observar el comportamiento del año 2020 respecto a igual periodo del año 2021 se evidencia un aumento en los porcentajes de prestaciones otorgadas sin embargo estos no son suficientes.

La situación en la provincia de Chiloé resulta ser más severa que el nivel país nacional ya que la producción del año 2020 respecto al 2019 en el periodo enero a agosto disminuyó en un 57% y al comparar enero a agosto de 2020 versus la producción del mismo periodo del 2021, observamos un aumento del 31%.

Para enfrentar la situación descrita, la División de Atención Primaria (DIVAP) de MINSAL ha entregado la tarea a los Servicios de Salud de diseñar un plan de reactivación de actividad de atención primaria, que en el caso de Chiloé toma tres líneas de acción; fortalecer la participación comunitaria para diseñar estrategias pertinentes que den cuenta de la realidad de cada territorio, relevar la conducción técnica que tiene el Departamento de APS del Servicio de Salud Chiloé sobre la red de atención municipalizada y por último establecer

mecanismos claros de monitoreo y seguimiento de cumplimiento de las actividades comprometidas.

Comportamiento de trazadoras en el Servicio de Salud Chiloé periodo enero a agosto de los años 2019-2020-2021.

1) Controles Cardiovasculares:

La producción de controles cardiovascular disminuyó un 58% si se compara enero a agosto del año 2019 versus el año 2020. Al comparar igual periodo del año 2021 versus año 2020, se aprecia un aumento de un 18% en forma global.

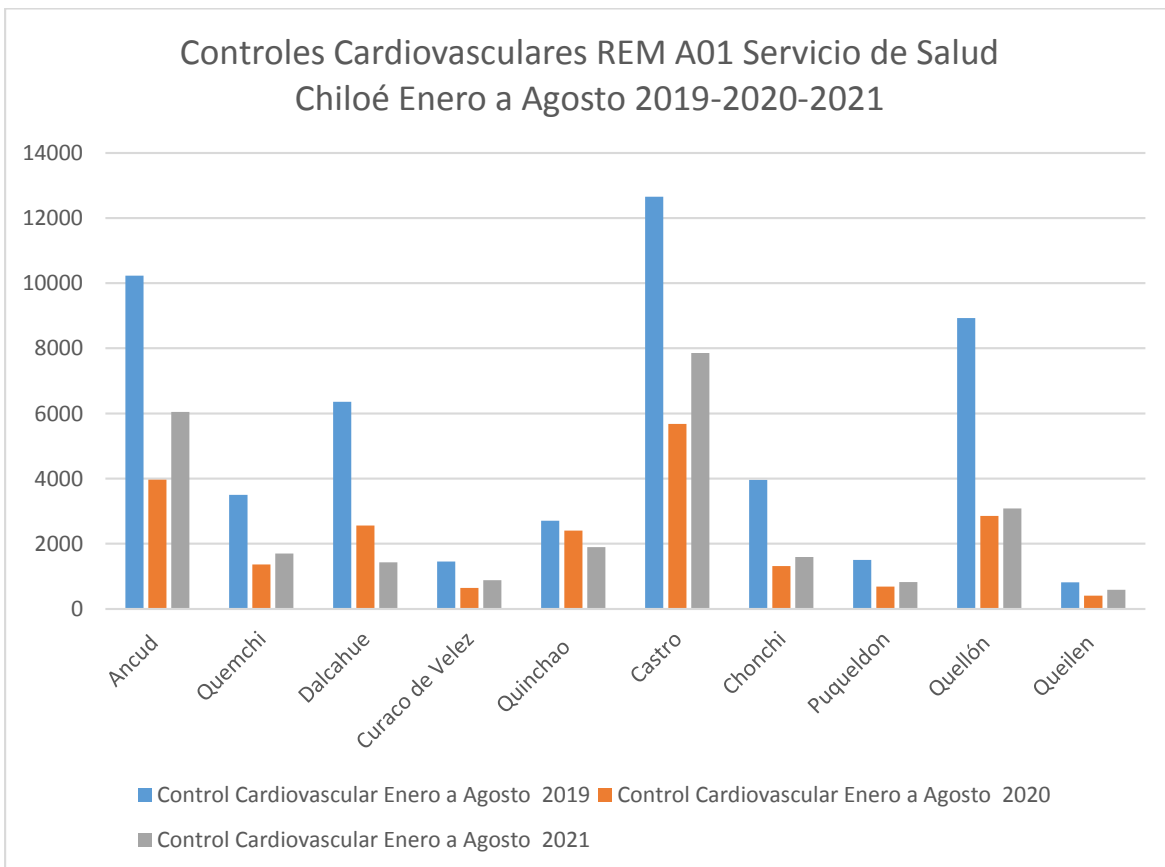


Gráfico N°1: Controles Cardiovasculares, Servicio Salud Chiloé



2) Ingreso Prenatal:

Los ingresos prenatales se consideran prestaciones de alta prioridad en atención primaria por lo que implican en la salud de la madre y el niño o niña a corto, mediano y largo plazo, es una prestación de entrada a las actividades enmarcadas dentro de los 1000 días críticos de acuerdo con el enfoque de curso de vida.

En el gráfico N° 2 se puede constatar lo anterior dado que es una de las prestaciones con menos brechas en los periodos en análisis tanto a nivel provincial como comunal.

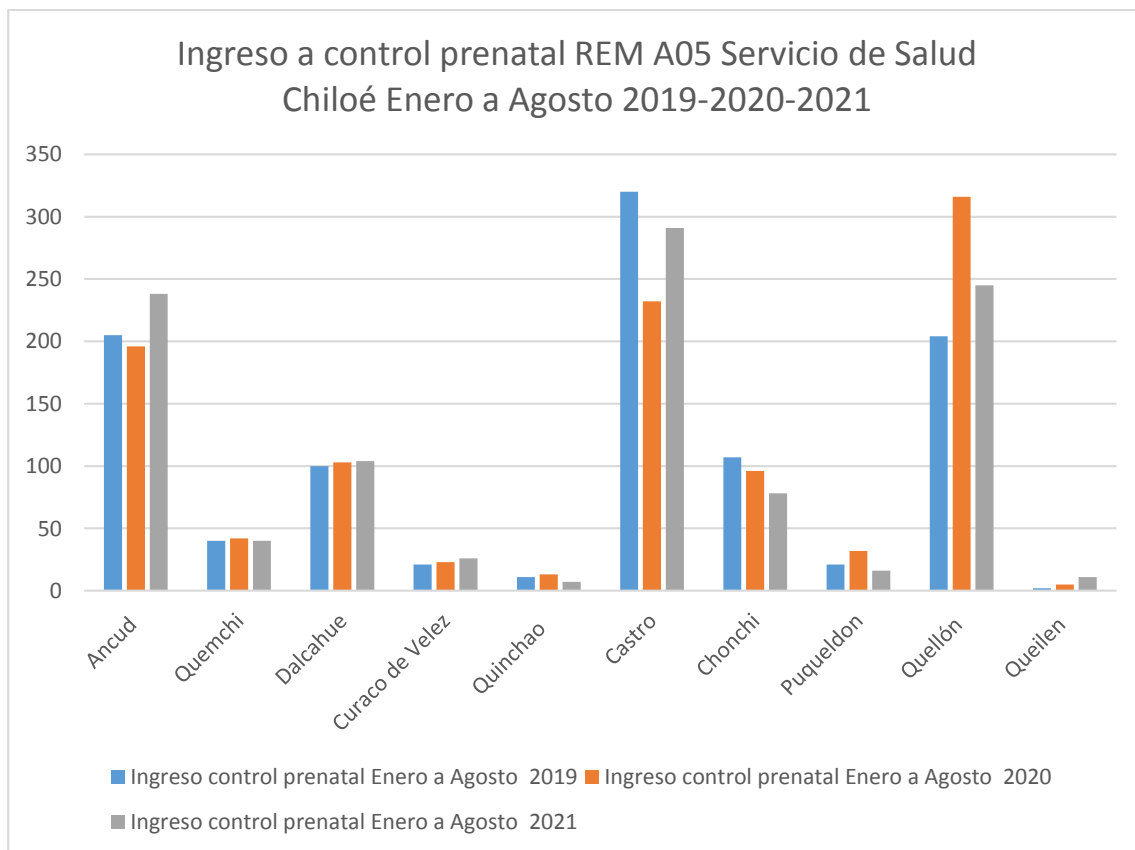


Gráfico N°2: Ingreso control prenatal, Servicio Salud Chiloé

3) Control prenatal

En la misma línea de la prestación anterior, el control prenatal se comporta en forma estable en los periodos en estudio sin diferencias tan marcadas como en otras prestaciones. La mayoría de las comunas presenta déficit en relación con el año 2019, el cual bordea un 5%.

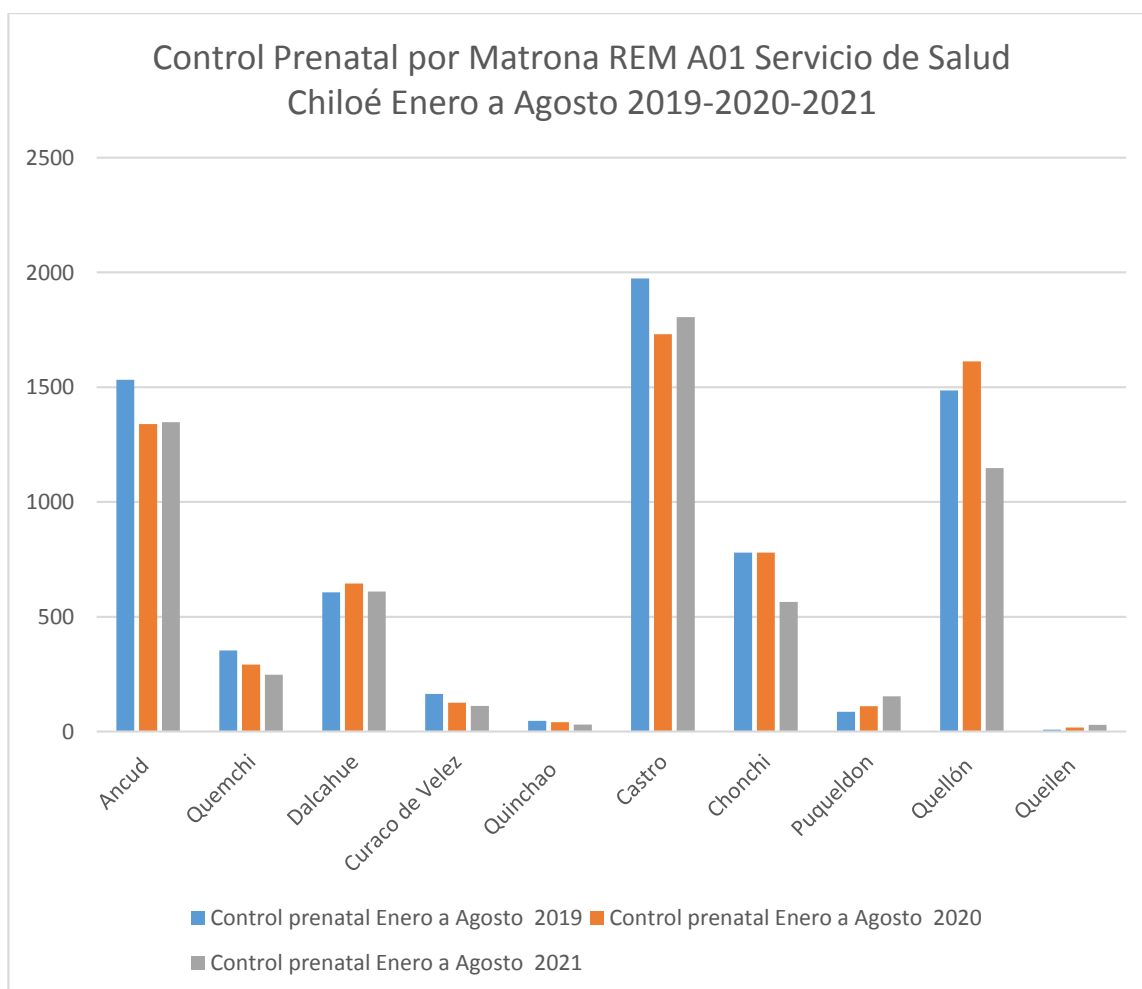


Gráfico N°3: Control prenatal, Servicio Salud Chiloé

4) Mamografías Mujeres de 50 a 69 años

El número de mamografías en establecimientos de APS disminuyó en un 60% en el periodo enero a agosto de 2020 versus 2019, teniendo caídas importantes en comunas como Queilen, Quemchi y Puqueldón.

La reactivación de esta actividad se ve auspiciosa ya que desde comienzos de este año está operando el mamógrafo móvil que ha acercado esta prestación en forma efectiva a las mujeres.

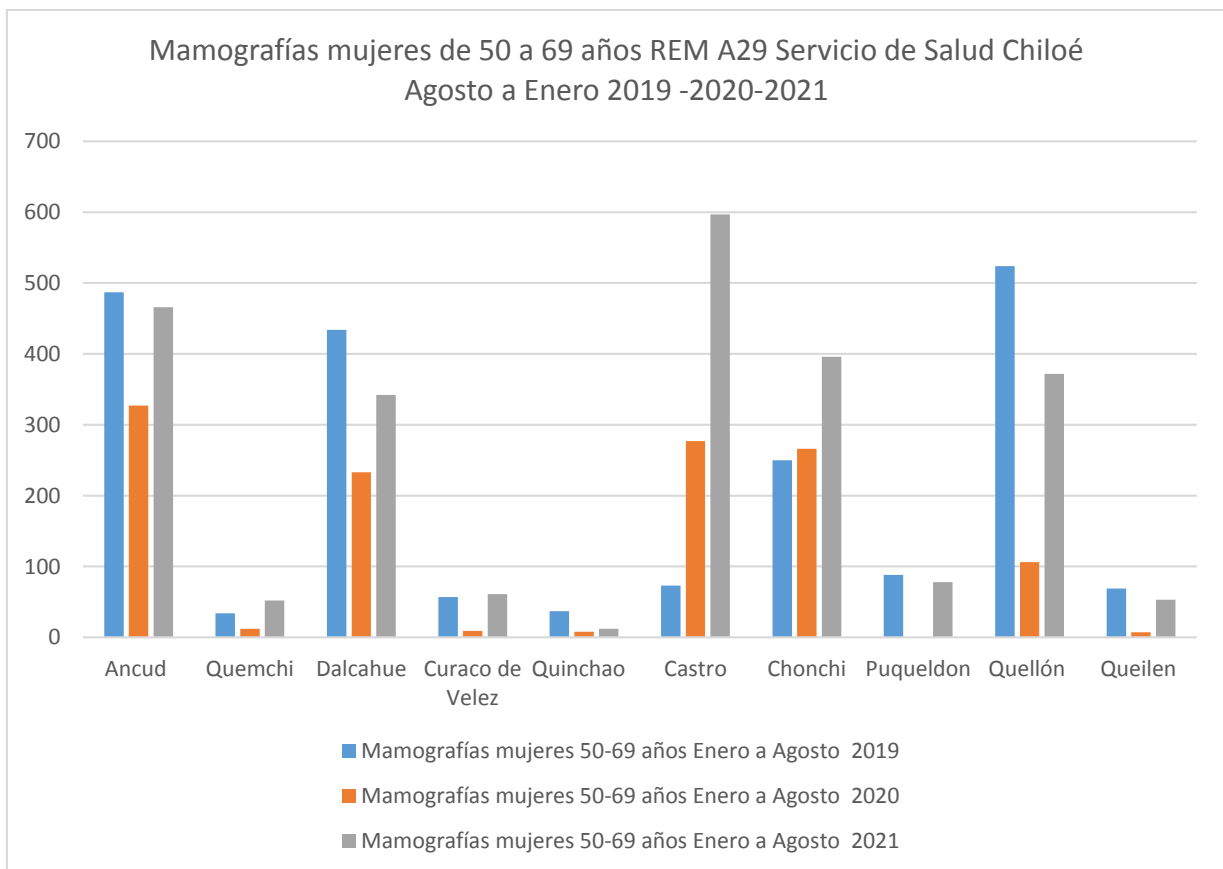


Gráfico N°4: Mamografías mujeres 50 a 69 años, Servicio Salud Chiloé



5) Control de salud de infancia 0 a 6 meses

La producción asociada a controles de salud de infancia de 0 a 6 meses globalmente disminuyó en un 34% en la provincia de Chiloé, en el periodo 2020 versus 2019. Como se puede ver en la gráfica N° 5 durante el año 2021 esta prestación se encuentra en proceso de reactivación, siendo las más lentas las comunas de Quemchi, Chonchi y Puqueldón con déficit del 27%, 23% y 21% respectivamente versus el periodo 2020.

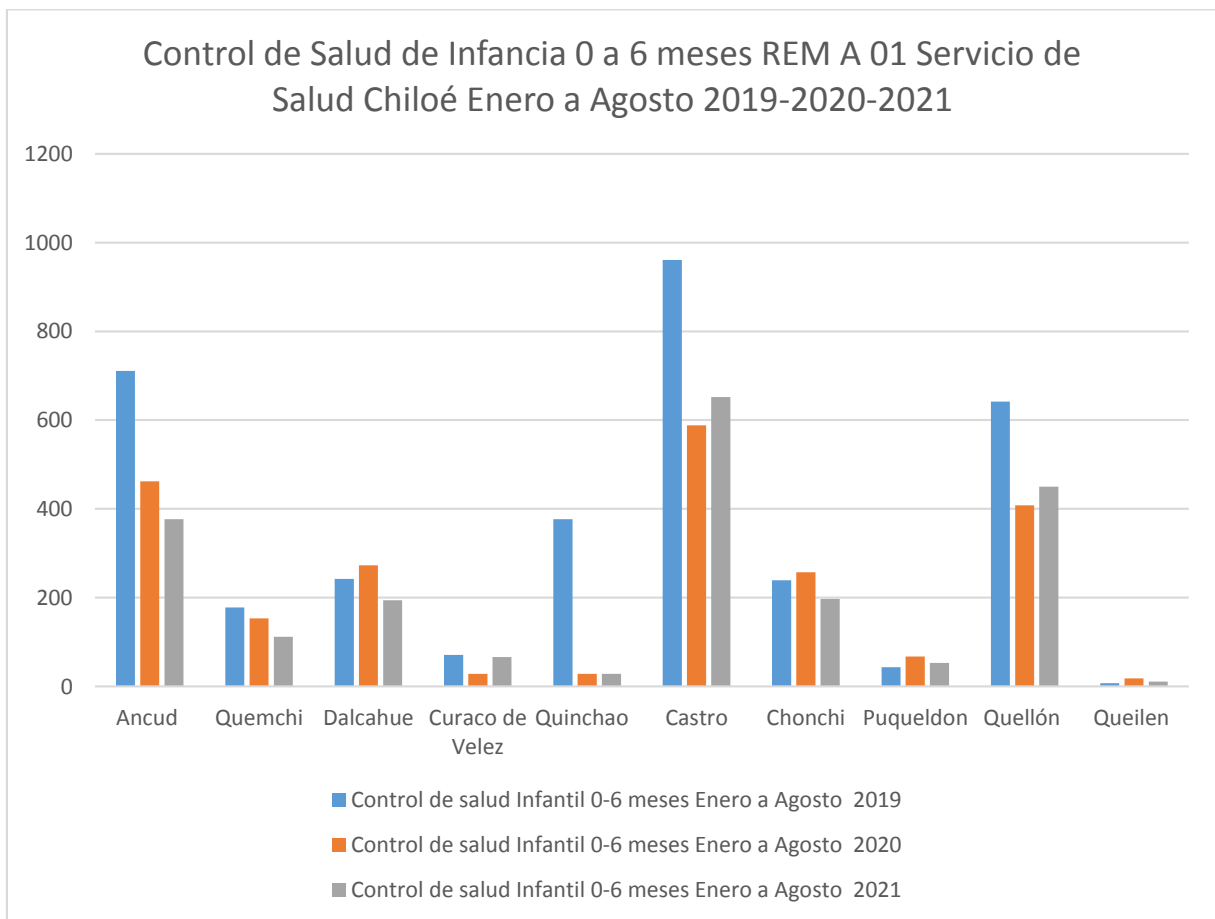


Gráfico N°5: Control de Salud de infancia 0 a 6 meses, Servicio Salud Chiloé

6) Control de salud de infancia 7 a 17 meses

Esta prestación tuvo una disminución del 50% durante el periodo 2020 versus 2019, sin embargo, muestra una reactivación importante en comunas como Castro, Chonchi y Quellón en el periodo 2021, además se debe destacar que las comunas con menor población como Puqueldón y Queilen ya han logrado alcanzar valores cercanos a los de prepandemia.

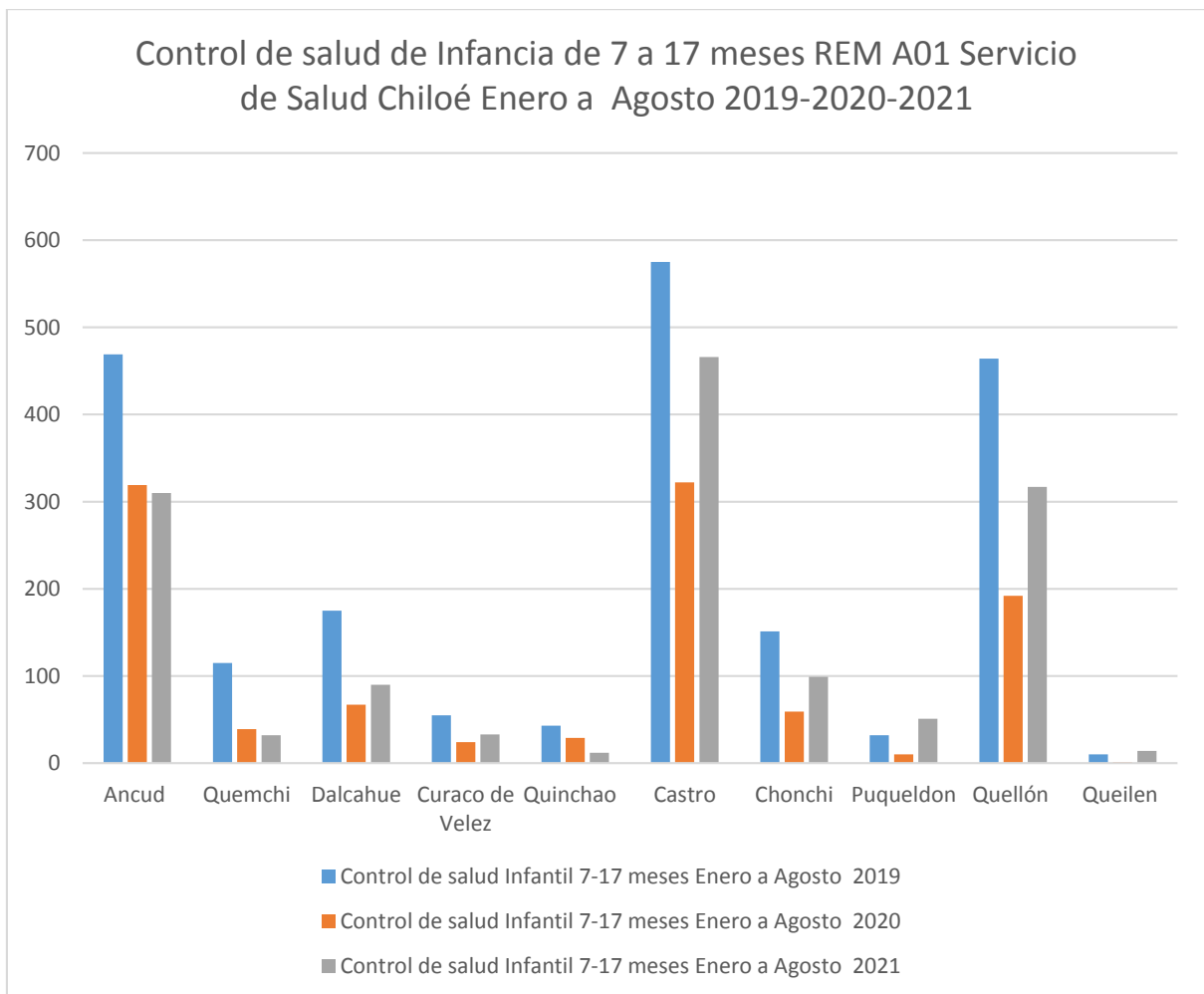


Gráfico N°6: Control de Salud de infancia 7 a 17 meses, Servicio Salud Chiloé



7) Control de salud de infancia 18 a 48 meses

A nivel provincial disminuyó en un 57% las prestaciones de este rango de edad en el periodo 2019-2020. Si bien en el periodo 2021 se ha reactivado en algunas comunas apenas supera lo realizado el año 2021 en igual periodo.

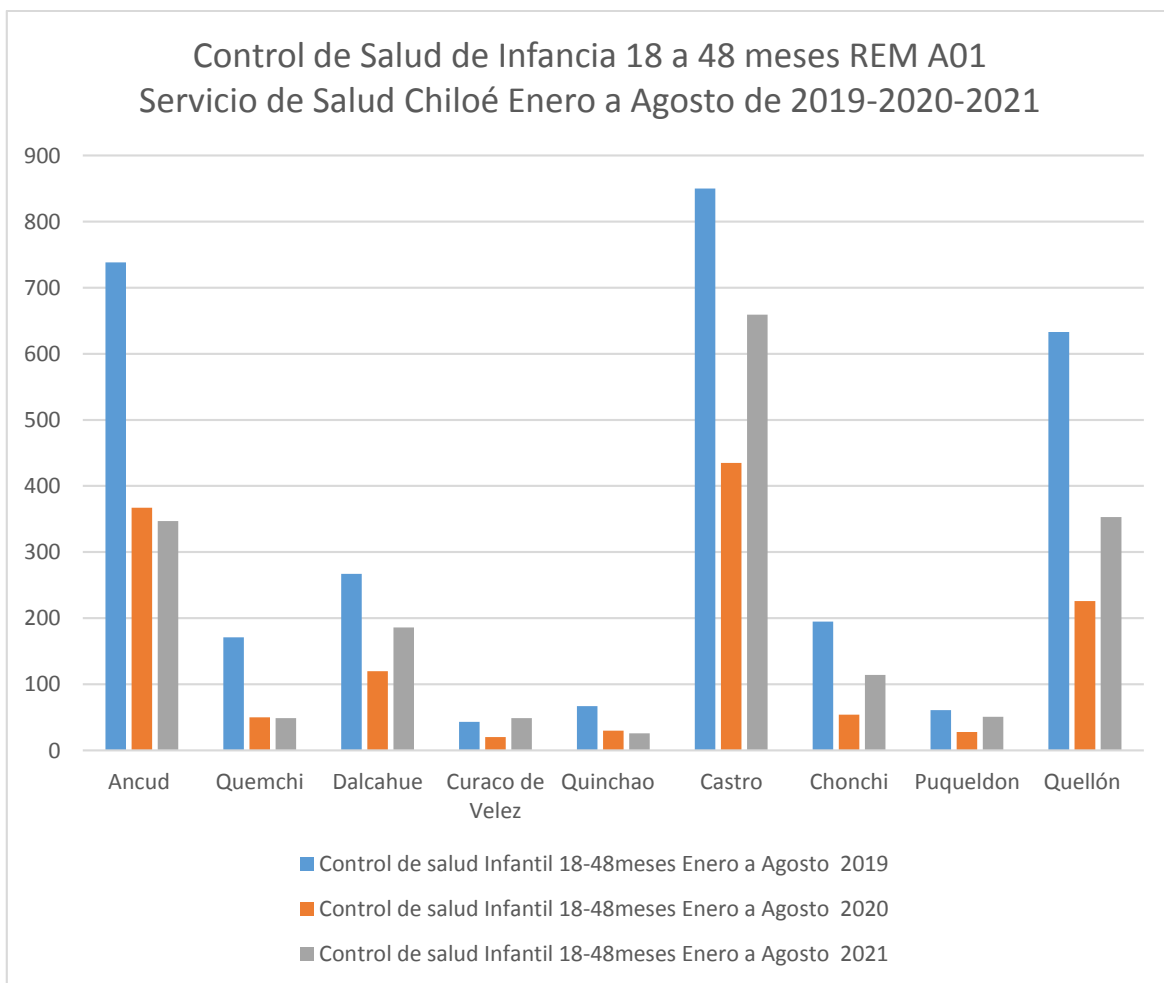


Gráfico N°7: Control de Salud de infancia 18 a 48 meses, Servicio Salud Chiloé

8) Control de salud integral adolescentes

El control integral del adolescente ha experimentado una fuerte alza de 241% durante el 2021 respecto al 2020 en el consolidado enero a agosto, sin embargo, al comparar 2021 versus 2019 el porcentaje de prestaciones realizadas alcanza el 39%. La producción del año 2020 fue de solo 14% en relación con el periodo 2019, lo que indica que este grupo de población fue prácticamente abandonado y que las estrategias se centran en usuarios cautivos en establecimientos educacionales.

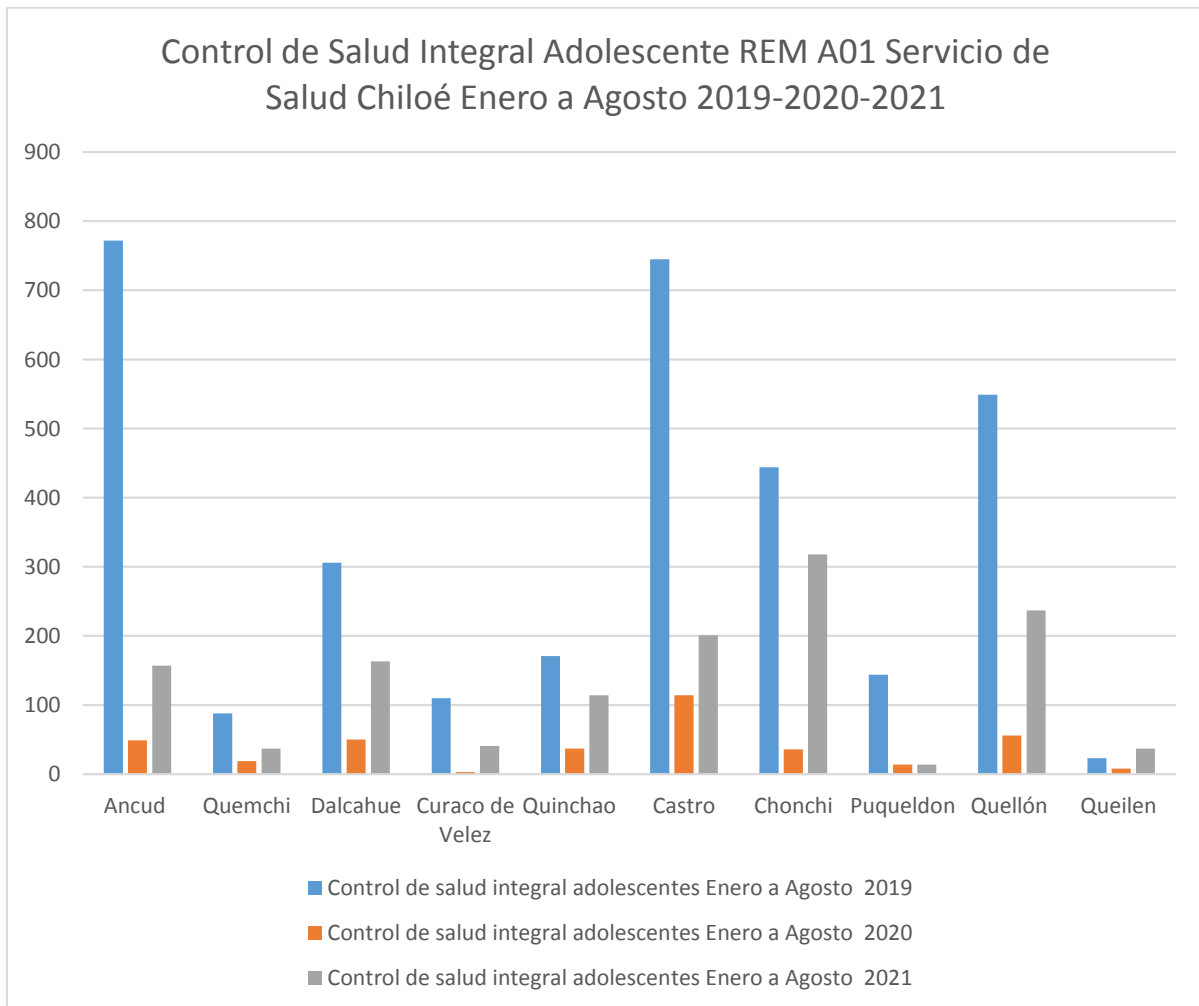


Gráfico N°8: Control de Salud Integral Adolescente, Servicio Salud Chiloé

9) Consulta Morbilidad odontológica

La consulta de morbilidad odontológica a nivel provincial disminuyó en un 62% en el periodo 2020 comparado con el año 2019, sin embargo, ha tenido un repunte del 68%, si bien aún no alcanza los rangos prepandemia se ha comportado bien esta prestación en la mayoría de las comunas.

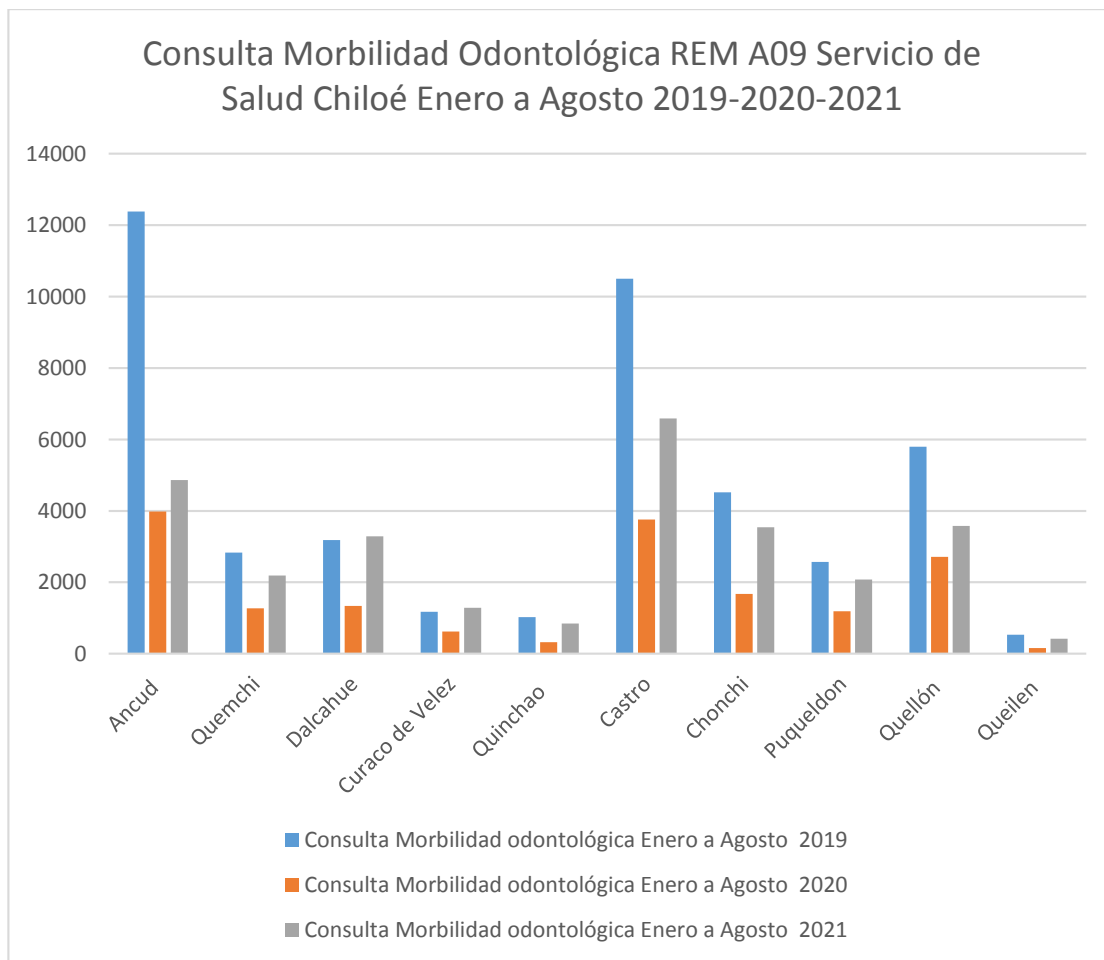


Gráfico N°9: Consulta Morbilidad Odontológica, Servicio Salud Chiloé

10) Control de salud mental presencial

Si bien esta prestación por sus características puede realizarse en forma remota, la reactivación presencial se aprecia en todas las comunas, no al nivel pre pandemia, pero si con aumento de un 110% a nivel provincial respecto del año 2020.

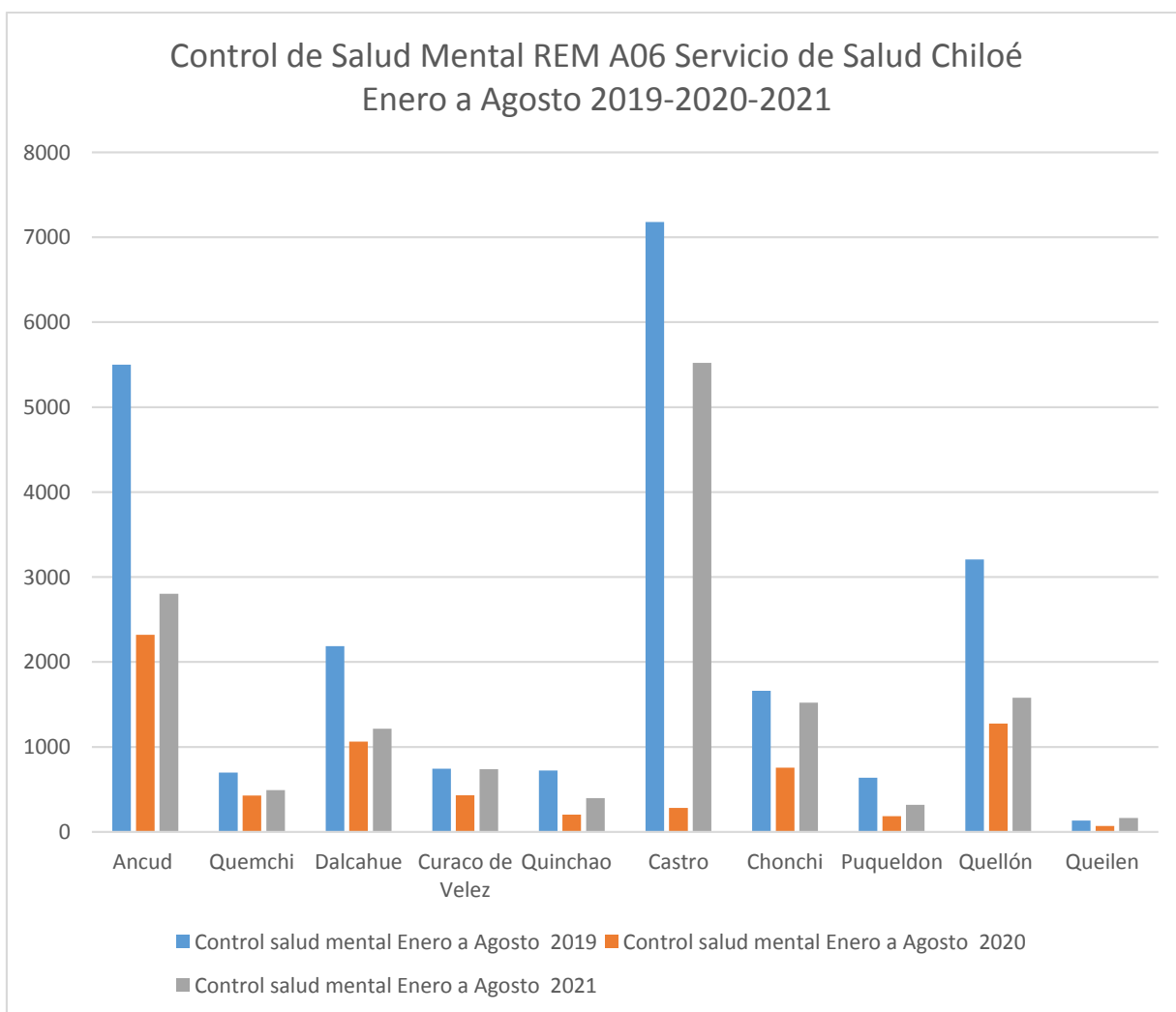


Gráfico N°10: Control de Salud Mental, Servicio Salud Chiloé



3.4 CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

Durante este tiempo que hemos vivido en pandemia, los equipos de salud han tenido que reorganizarse y priorizar atenciones de urgencia por sobre las atenciones habituales en los establecimientos de salud.

La cartera de prestaciones de la provincia de Chiloé disminuyó en un 57% en el periodo enero a agosto de 2019 versus 2020, según datos registrados en series REM.

Las prestaciones con mayor disminución porcentual en el periodo enero a agosto de 2019 versus 2020, fueron los controles cardiovasculares con un 58% de disminución, la consulta odontológica con un 68% y el control de infancia de 18 a 48 meses con una disminución de 56%

Las prestaciones con menos disminución en el periodo 2020 versus 2019 fueron el ingreso y control prenatal con una disminución del 3% y 5% respectivamente.

La cartera de prestaciones en forma global observada a través de las prestaciones trazadoras ha aumentado en un 42% de enero a agosto de 2021 respecto al mismo periodo del año 2020.

Las prestaciones que han presentado mayor reactivación son las odontológicas con un 68% de aumento en el periodo enero a agosto de 2021, respecto a igual periodo 2020 y los controles de infancia de 7 a 17 meses y 18 a 48 meses con un 34% y 39% respectivamente.

Dentro de las problemáticas locales relatadas previamente, las de mayor importancia corresponde a:

Sobrepeso y obesidad: Se observa que gran parte de la población controlada está categorizada en Malnutrición por exceso, especialmente en el género femenino, por lo que se buscará para el año 2022 crear estrategias para la disminución de estas cifras, a través del monitoreo constante de las actividades planificadas, incentivando el estilo de vida saludable, potenciando la actividad física y los controles periódicos de nuestros usuarios y usuarias.



Alto porcentaje de población clasificada como riesgo cardiovascular alto: Para el año 2022 buscamos la disminución de este porcentaje, y la compensación de la población que está bajo control en el Programa de salud cardiovascular, a través de estrategias multidisciplinarias, análisis de casos en equipo, monitoreo y seguimiento continuo, que permitan mejorar las cifras y el estado de salud de nuestra población afectada por este riesgo.

Deterioro de la Salud Mental de los adultos mayores: Según lo detectado en el Diagnóstico Participativo, considerando los diferentes sectores de la comuna (CESFAM y Postas de Salud Rural), gran parte de los adultos mayores manifiesta, que debido al contexto socio-sanitario, su salud mental se ha visto deteriorada, por lo que el próximo periodo se dará mayor énfasis a esta problemática, en pro de la salud mental de este grupo etario, muchas veces postergado, sobretodo en nuestro contexto local, en donde el aislamiento geográfico dificulta el acceso hacia la atención de salud. Tomando en cuenta, además que gran parte de la población atendida en nuestro establecimiento corresponde a adultos mayores.

Alteración del Desarrollo Psicomotor durante la primera evaluación en Control de Salud Infantil: Según el análisis local, una gran proporción de niños evaluados por la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP), la cual se aplica como manera estandarizada en el control de salud infantil por enfermera durante los 8 y 18 meses de edad, ha presentado alguna alteración, ya sea de resultado normal con rezago, riesgo y en menor proporción resultado de retraso. En base a esto, para el año 2022 se intensificará la pesquisa, derivación y seguimiento de estos casos de manera tal que no repercuta en su desarrollo integral y dar respuesta a las necesidades.

Disminución de la participación comunitaria atribuida al contexto sociosanitario: Así como se detectó que el contexto socio-sanitario repercutió negativamente sobre la salud mental en los adultos mayores, también afectó a la participación comunitaria. Dichas actividades son de importancia en el desarrollo local para los habitantes de la comuna, ya que a través de éstas se pesquisan las problemáticas y necesidades según la importancia atribuida



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 77 de 315

Vigencia: 1 año

por la comunidad. En el 2022 se facilitarán estrategias que permitan la participación de los usuarios de las diferentes Postas de Salud Rural y del CESFAM Puqueldón, trabajando en conjunto con todo el equipo del establecimiento.

En base a lo detectado localmente y la disminución de las actividades trazadoras, se elabora un plan de cuidados, abarcando actividades durante todas las etapas del ciclo vital.

4. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Programar acciones de salud integrales e integradas para la población permite ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural, donde la continuidad del cuidado y el enfoque de curso de vida son fundamentales para acompañar adecuadamente a las personas y comunidades en las distintas etapas de la vida, de manera respetuosa y participativa, principalmente con acciones preventivas y de vigilancia de salud, considerando además la incorporación de nuevas estrategias que permitan entregar prestaciones adecuadas y efectivas a los usuarios y usuarias de la red, abordando los determinantes sociales de la salud, a modo de evitar que sean una limitante al ejercicio de su derecho a la atención.

La oferta de los establecimientos de Atención Primaria permite, a las personas y su grupo familiar, recibir recomendaciones para tomar las mejores decisiones en los cuidados de su salud; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; recibir tratamiento en Atención Primaria y/o ser derivadas a atención especializada cuando sea necesario.

El fortalecimiento de los hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas, con énfasis diferentes dependiendo de la etapa en la que se apliquen. Las enfermedades a detectar precozmente, para facilitar el acceso a tratamiento, son también distintas en las diferentes edades.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 78 de 315

Vigencia: 1 año

Es importante, recordar que el bienestar de las personas es un objetivo que se comparte con otros sectores del Estado y que son distintas las instituciones y servicios con los que, en cada etapa, deben coordinarse acciones de salud.

En el contexto de la pandemia del SARS-COV 2, ha sido necesario reorganizar la atención de las personas que asisten a los centros de salud, considerando el nuevo y desafiante escenario epidemiológico y sanitario que se presenta. Ante esta nueva realidad epidemiológica, los criterios transversales que deberán guiar nuestra planificación y programación se pueden sintetizar de la siguiente manera:

1. Otorgar atenciones de salud de acuerdo a la necesidad específica de quienes padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad.
2. Priorizar las atenciones de salud, según el nivel de riesgo de complicaciones de las personas que conforman nuestra población a cargo.
3. Optimizar los controles presenciales y efectuar rescate de la población que no pudo ser atendida presencialmente por efecto de la pandemia.
4. Gestionar la adaptación de actividades y atenciones, respecto a su cuantía y/o modalidad de entrega de los servicios de manera remota o fuera del centro asistencial.
5. Minimizar la asistencia y contactos innecesarios con el centro de salud.



La programación que se detalla a continuación, es según etapa del curso de vida, conforme a la realidad epidemiológica y sanitaria de la comuna:

SALUD EN LA INFANCIA

Lineamiento estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

ENS al cual apunta: Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación, Disminuir o Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Administración de esquema primario completo en niños/as menores de 1 año con vacuna Hexavalente (Hepatitis tipo B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis, influenza tipo b)	Indicador: Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente Cálculo: N° de niñas/os menores de 1 año con esquema primario completo vacuna Hexavalente administrada	95%	Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones Enfermera encargada Programa Infancia



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 80 de 315

Vigencia: 1 año

			/N° de niños/as 2, 4 y 6 meses x100		
			Fuente: RNI		
		Administración de esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Indicador: Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m refuerzo)	95%	Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones Enfermera encargada Programa Infancia
			Cálculo: N° de niños/as de 1 año con administración de 1 refuerzo de vacuna Neumocócica conjugada / N° de niños/as de 1 año x100		
			Fuente: RNI, INE		



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 81 de 315

Vigencia: 1 año

		Administración de vacuna Meningocócica conjugada a los /as niños/as a los 12 meses de edad	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad</p> <p>Cálculo: N° de niños/as que se administró vacuna Meningocócica conjugada correspondiente a los 12 meses / N° de niños/as de 12 meses x100</p> <p>Fuente: RNI, INE</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>
		Administración de vacuna Tres Vírica a los/as niños/as a los 12 meses de edad	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad</p> <p>Cálculo:</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 82 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Nº de niños/as que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 12 meses / Nº de niños/as de 12 meses x100</p> <p>Fuente: RNI, INE</p>		
		<p>Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad</p> <p>Cálculo: Nº de niños/as que se administró vacuna Hepatitis A correspondiente a los 18 meses / Nº de niños/as de 18 meses x100</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>



			Fuente: RNI, INE		
		Administración de vacuna contra la Varicela a los/as niños/as a los 18 meses de edad	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad</p> <p>Cálculo: Nº de niños/as que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 18 meses / Nº de niños/as de 18 meses x100</p> <p>Fuente: RNI, INE</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>
		Administración de vacuna Hexavalente a niños/as de 18 meses	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as de 18 meses con vacuna hexavalente administrada.</p> <p>Cálculo:</p>	95%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 84 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° de niñas/os de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente administrada / N° de niños/as de 18 meses x100</p> <p>Fuente: RNI, INE</p>		Programa Infancia
		<p>Administración de vacuna Influenza a los niños/as desde los 6 meses de edad a 5 años de edad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños/ as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada</p> <p>Cálculo: N° niños/as de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada / N° de niños/as de 6 meses a 5 años de edad proyección INE x100</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 85 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: RNI, INE		
		Administración de vacuna Influenza de niños y niñas desde 1° hasta 5°básico	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas desde 1° hasta 5°básico con vacuna anti-influenza administrada</p> <p>Cálculo: N° niños/as de 1° a 5° básico con vacuna anti-influenza administrada / Población matriculada Mineduc de niños/as desde 1° a 5° básico x100</p> <p>Fuente: RNI, MINEDUC</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>
		Administración de segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que	<p>Indicador: Porcentaje de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada</p>	90%	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada</p>



		<p>cursan 5° básico</p>	<p>Cálculo: N° de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada / N° de niñas/os matriculados en 5° básico x100</p> <p>Fuente: RNI, MINEDUC</p>		<p>Programa Infancia</p>
		<p>Administración de vacuna dTpa en niñas/os que cursan 1° básico</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico vacuna dTpa administrada</p> <p>Cálculo: N° de niñas/os de que cursan 1° básico con vacuna dTpa administrada / N° de niños/as matriculados en 1° año básico x100</p>	<p>90%</p>	<p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Enfermera encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 87 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: RNI, MINEDUC		
		Administración de vacuna Tres vírica en niñas/os que cursan 1° básico	Indicador: Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico con vacuna Tres vírica administrada Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niñas/os de que cursan } 1^\circ \text{ básico con vacuna Tres vírica administrada}}{\text{N}^\circ \text{ de niños/as matriculados en } 1^\circ \text{ año básico}} \times 100$ Fuente: RNI, MINEDUC	90%	Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones Enfermera encargada Programa Infancia



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 88 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

ENS al cual apunta: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud, Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida, Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables, Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica, Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Factores de riesgo en la Infancia	Entregar herramientas para la promoción de la salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Talleres promocionales de salud mental a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 10 años, realizados preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)	Indicador: Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres promocionales de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas) Cálculo: N° de niños/as cuyos padres, madres y/o cuidadores asisten a taller/ Población inscrita entre 0 y 9 años x100 Fuente: REM	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2019	Encargado/a Programa de Salud Mental Encargada Programa Infancia



	<p>Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal</p>	<p>Talleres de prevención de condiciones de salud mental a madres, padres y/o cuidadores de niños/as menores de 10 años, realizados preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres preventivos de condiciones de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)</p> <p>Cálculo: N° de niños/as cuyos padres, madres y/o cuidadores asisten a taller / Población inscrita entre 0 y 9 años x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2019</p>	<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
	<p>Monitorear la situación de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales al</p>	<p>Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as de 5 a 9 años en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC) al ingreso y egreso a programa</p>	<p>Indicador: Cobertura de la aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso de la atención de salud mental</p> <p>Cálculo: N° de personas de 5 a 9 años con</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 90 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>ingreso y egreso a programa</p>		<p>instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas de 5 a 9 años ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a programa salud mental (año vigente) x100 Fuente: REM</p>		
	<p>Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales</p>	<p>Atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales</p>	<p>Indicador: Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales</p> <p>Cálculo: N° de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control /</p>	<p>17%</p>	<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 91 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 0 a 9 años, esperados según prevalencia del 22%</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Altas terapéuticas de niños y niñas entre 0 y 9 años ingresadas a tratamiento por salud mental</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas egresados por alta terapéutica de tratamiento por salud mental</p> <p>Cálculo: N° niños/as entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° niños/as entre 0 y 9 años bajo control en salud mental (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>	20%	<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
		<p>Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo,</p>	<p>Indicador: Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con</p>	<p>Concentración entre 8 y 12 de controles</p>	<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 92 de 315

Vigencia: 1 año

		condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales Cálculo: N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años Fuente: REM		Encargada Programa Infancia
Morbilidad bucal en menores de 20 años	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 10 años	Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod Cálculo: N° de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod/COPD / N° total de niñas y niños menores de 10 años con evaluación de riesgo odontológico anual (CERO) x100	100%	Encargado/a unidad dental del establecimiento. Encargada Programa Infancia



			Fuente: REM		
		Control de salud oral de niños y niñas menores de 10 años	<p>Indicador: Porcentaje de niñas/os menores de 10 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)</p> <p>Cálculo: N° de niños y niñas menores de 10 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / N° de niños y niñas menores de 10 años inscritos y validados en los establecimientos x100</p> <p>Fuente: REM</p>	48%	<p>Encargado/a unidad dental del establecimiento.</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
		Control de salud oral de niños y niñas menores de 10 años	<p>Indicador: Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 4 años</p> <p>Cálculo: N° de niños/as menores de 4</p>	60%	<p>Encargado/a unidad dental del establecimiento.</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 94 de 315

Vigencia: 1 año

			años con registro ceod= 0 / N° de niñas/os menores de 4 años inscritos y validados x100		
			Fuente: REM		
Protección y recuperación de la salud bucal dental de menores de 10 años	Consultas de Morbilidad Odontológica en menores de 10 años		Indicador: Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años Cálculo: 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 x100 Fuente: REM	25%	Encargado/a unidad dental del establecimiento. Encargada Programa Infancia



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 95 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico N°3: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

ENS al cual apunta: Mantener o Disminuir la obesidad infantil, Aumentar la proporción de población infantil con estado nutricional normal

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Sobrepeso y Obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6° mes	<p>Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y riesgos de no amamantar.</p> <p>Realizar control precoz de alta, para el seguimiento e instalación de la correcta técnica de lactancia materna en el recién nacido.</p> <p>Fortalecer las consultas de lactancia materna durante el primer mes.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.</p> <p>Cálculo: N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / N° de lactantes controlados al 6to mes x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%</p> <p>Alcanzar la meta fijada para el año 2022: 80% de cobertura</p>	<p>Comité de lactancia del establecimiento.</p> <p>Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia.</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 96 de 315

Vigencia: 1 año

		<p>En cada control de salud pesquisar factores de riesgos y/o problemas reales que pudieran afectar la mantención y extensión de la LM.</p> <p>Manejar problemas de lactancia materna que se presenten en los controles de salud, fortaleciendo las clínicas de lactancia.</p>			
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Indicador: Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	10%	Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia.	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 97 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>durante el ciclo vital</p>		<p>Cálculo: N° 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 x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Consulta nutricional al 5° mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en la introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes.</p> <p>Cálculo: Población con consulta nutricional al 5° mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días x100</p>	<p>80%</p>	<p>Profesional Nutricionista del establecimiento.</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 98 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Fuente: REM P2 Sección D REM P2 Sección A</p>		
		<p>Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.</p> <p>Cálculo: Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población bajo control entre 42 y 47 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>	50%	<p>Profesional Nutricionista del establecimiento</p>
		<p>Consulta Nutricional en población infantil menor de 5 años con diagnóstico de Malnutrición por exceso</p>	<p>Indicador: Porcentaje de población infantil menor de 5 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional</p> <p>Cálculo:</p>	50%	<p>Profesional Nutricionista del establecimiento</p>



			<p>Población infantil menor de 5 años con diagnóstico de malnutrición por exceso que recibe consulta nutricional / Población infantil menor de 5 años con diagnóstico de malnutrición por exceso x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso o déficit</p>	<p>Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física) en cada control de salud y derivación oportuna a consulta nutricional a niños, niñas con alteración en su estado nutricional</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal</p> <p>Cálculo: N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos x100</p> <p>Fuente: REM</p>	60%	<p>Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia</p>



	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia	Indicador: Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente Cálculo: Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente / Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente x100 Fuente: REM	60%	Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia
Malnutrición por déficit en niños	Vigilar la condición nutricional, así como también promover la correcta entrega de productos del PNAC de refuerzo.	Nº de niños menores 2 años con mal nutrición por déficit que retiran PNAC Refuerzo	Indicador: Porcentaje de población infantil menor de 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo Cálculo: Población infantil menor de 2 años	Aumentar o mantener el en relación al año anterior	Profesional Nutricionista del establecimiento



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 101 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>con diagnóstico de malnutrición por déficit que retiran PNAC de refuerzo/ Población infantil menor de 2 años con diagnóstico de malnutrición por déficit x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
--	--	--	---	--	--



Lineamiento estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo Vital

ENS al cual apunta: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	Indicador: Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre Cálculo: Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años x100 Fuente: REM	25%	Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia. Encargada Programa Infancia
	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro	Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje en el	Indicador: Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as)	25%	Encargada Programa Infancia Profesional Fonoaudióloga



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 103 de 315

Vigencia: 1 año

	significativo de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral	primer año de vida	<p>ingresan al taller de Promoción del desarrollo del lenguaje</p> <p>Cálculo: Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo del lenguaje/ Número de niños (as) bajo control menores de 1 año X100</p> <p>Fuente: REM</p>		del establecimiento
		Taller de promoción temprana del desarrollo motor en el primer año de vida	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo motor</p> <p>Cálculo: Número niños y niñas menores de 1 año cuyas madres,</p>	25%	Encargada Programa Infancia



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 104 de 315

Vigencia: 1 año

			padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo motor/ Número de niños (as) bajo control menores de 1 año x100 Fuente: REM		
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	Taller educativos de habilidades parentales con metodología “Nadie es Perfecto” a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control	Indicador: Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto Cálculo: 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 x100 Fuente: REM	7%	Encargada Programa Infancia Profesional Educadora de Párvulos del establecimiento	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 105 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil</p>	<p>Control de salud a niños y niñas de 0 a 71 meses</p>	<p>Indicador: Cobertura de niños y niñas de 0 a 71 meses bajo control</p> <p>Cálculo: Total de niños y niñas de 0 a 71 meses en control / Población inscrita validada de 0 a 71 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>95%</p>	<p>Encargada Programa Infancia</p>
	<p>Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano</p>	<p>Control de salud a los 4 meses con aplicación de evaluación de Pauta Breve</p>	<p>Indicador: Porcentaje de aplicaciones de Pauta Breve realizadas al grupo de niños/as en el control de salud de los 4 meses</p> <p>Cálculo: Nº de aplicaciones de Pauta Breve realizadas en el control de salud de los 4 meses / total control de salud de niñas/os de 4 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>100%</p>	<p>Profesional Enfermera/o que realiza control de salud infantil</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 106 de 315

Vigencia: 1 año

		Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	<p>Indicador: 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)</p> <p>Cálculo: 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 controles de salud de niñas/os de 7 a 11 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>	100%	<p>Profesional Enfermera/o que realiza control de salud infantil</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
		Control de salud a los 12 meses con aplicación de	Indicador: Porcentaje de aplicaciones de pauta breve	90%	Profesional Enfermera/o que realiza



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 107 de 315

Vigencia: 1 año

		<p>pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor</p>	<p>realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses</p> <p>Cálculo: Nº de aplicaciones de pauta breve en el control sano realizadas al grupo de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>		<p>control de salud infantil</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
		<p>Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)</p>	<p>Indicador: 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</p> <p>Cálculo: Nº de aplicaciones de evaluación de</p>	90%	<p>Profesional Enfermera/o que realiza control de salud infantil</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 108 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>desarrollo Psicomotor en el control de salud de los 18 meses realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) / N° total de controles sanos de niñas y niños de 18 a 23 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación)</p>	<p>Indicador: 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</p> <p>Cálculo: N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses</p>	90%	<p>Profesional Enfermera/o que realiza control de salud infantil</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>



			(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Población bajo control entre 24 a 47 meses x100 Fuente: REM		
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Indicador: Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes Cálculo: Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niños/as de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niños/as de 1 mes x100 Fuente: REM	100%	Médico que realiza control de salud infantil al mes de edad Encargada Programa infancia	
	Toma de Radiografía de caderas a niños y niñas a los 3 meses	Indicador: Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	100%	Profesional Enfermera/o que realiza control de salud	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 110 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Cálculo: Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA x100</p> <p>Fuente: SIGGES</p>		<p>infantil a los 2 meses de edad</p> <p>Médico que realiza control de salud infantil a los 3 meses de edad</p> <p>Encargada Programa infancia</p>
		Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial</p> <p>Cálculo: Nº niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial / Población en control de 36 a 71 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>	Incrementar en un 30 % respecto al año anterior	<p>Profesionales que realizan prestaciones de salud en infancia.</p> <p>Encargada Programa Infancia</p>
Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de	Ingreso a sala de estimulación (u otra		<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas con presencia de factor</p>	80%	Encargada Programa Infancia



<p>factor de riesgo biopsicosocial pesquisada en control de salud infantil, ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)</p>	<p>modalidad de estimulación) de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal</p>	<p>de riesgo biopsicosocial que afecte su desarrollo y que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)</p> <p>Cálculo: N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación) / N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad x100</p> <p>Fuente: REM</p>		<p>Profesional que realiza controles de salud infantil</p> <p>Profesional Educadora de Párvulos del establecimiento</p>
<p>Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor</p>	<p>Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas menores de 5 años con</p>	<p>Indicador: Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño/a menores de 5 años con déficit de</p>	<p>100%</p>	<p>Encargada Programa Infancia</p> <p>Profesional Educadora de</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 112 de 315

Vigencia: 1 año

		déficit en su desarrollo	<p>Desarrollo Psicomotor (DSM)</p> <p>Cálculo: 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 x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Párvulos del establecimiento
		Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	<p>Indicador: 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</p> <p>Cálculo: Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8,</p>	90%	<p>Encargada Programa Infancia</p> <p>Profesional Educadora de Párvulos del establecimiento</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 113 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>18 y 36 meses y recuperadas (os) en la reevaluación / N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Niños/as con déficit o rezago en el desarrollo, que ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)</p>	<p>Niños/as con déficit (categoría de riesgo, retraso o rezago en su DSM) debe ingresar a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación)</p>	<p>Indicador: Porcentaje de niños y niñas con rezago u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)</p> <p>Cálculo: N° de niños y niñas con rezago, riesgo, retraso que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud(u otra modalidad de estimulación) / N° de niños y niñas evaluados, con resultado rezago, riesgo, retraso en el</p>	100%	<p>Encargada Programa Infancia</p> <p>Profesional Educadora de Párvulos del establecimiento</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022
CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 114 de 315

Vigencia: 1 año

			DSM, por primera vez x100 Fuente: REM		
--	--	--	---	--	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 115 de 315

Vigencia: 1 año

SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Lineamiento estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

ENS al cual apunta: Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA, Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación, Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Prevención VIH/SIDA en Adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda espontánea y/o por morbilidad	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14 - 24 años que consultan por demanda espontánea o morbilidad	Indicadores: Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o consulta espontánea a adolescentes y jóvenes de 14 -24 años Cálculo: Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea (año vigente) (MENOS) Nº de	Aumentar en un 30% respecto año 2020	Encargada Programa Adolescente Encargada Programa de la Mujer



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 116 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea(año anterior) / N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 14-24 años por morbilidad o consulta espontánea (año anterior) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 14-24 años que lo requieran por demanda espontánea o consulta de morbilidad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Test Visual Rápido de VIH realizados por demanda espontánea o consulta de morbilidad a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años</p> <p>Cálculo:</p>	<p>Mantener o aumentar lo realizado el año anterior</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa VIH/SIDA e ITS</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 117 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Nº total de Test Visual Rápido para VIH realizados a adolescentes y jóvenes de 15-24 años por demanda espontánea consulta de morbilidad o consulta de morbilidad / Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados a adolescentes y jóvenes de 14-24 años por demanda espontánea x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Prevenir enfermedades transmisibles en adolescentes	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	<p>Indicador: Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas</p> <p>Cálculo: Nº de adolescentes y jóvenes de 15 a</p>	<p>85%</p> <p>**Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 118 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza administrada / N° de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años portadores de enfermedades crónicas x100</p> <p>Fuente: RNI</p>	<p>cohorte de edad que sirva de referencia</p>	
		<p>Administrar 2° refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8° básico</p>	<p>Indicador: Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico</p> <p>Cálculo: N° de adolescentes que cursan 8° año básico con vacuna dTpa administrada / Población matriculada en 8° año básico x100</p> <p>Fuente: RNI, MINEDUC</p>	<p>90%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 119 de 315

Vigencia: 1 año

		Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	<p>Indicador: Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación</p> <p>Cálculo: N° gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación x100</p> <p>Fuente: RNI</p>	80%	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>
		Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo	<p>Indicador: Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes</p> <p>Cálculo: N° de gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna influenza administrada/Total</p>	85%	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 120 de 315

Vigencia: 1 año

			gestantes adolescentes y jóvenes x100 Fuente: RNI		Encargada Programa de la Mujer
Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15-24 años	Indicador: Porcentaje de muestras baciloscopías procesadas en población de 15- 24 años Cálculo: N° de muestras de baciloscopías procesadas año 2022 en población de 15 a 24 años (MENOS) N° de muestras de baciloscopías procesadas año 2021 en población de 15 a 24 años / N° de muestras de baciloscopías procesadas año 2021 en población de 15 a 24 años x100 Fuente: REM	Aumentar 5%	Encargada Programa Adolescente Encargado Programa Tuberculosis	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 121 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

ENS al cual apunta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables, Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares, Reducir la progresión de enfermedad renal crónica, Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus, Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida, Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica, Disminuir la discapacidad.

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Morbilidad bucal en adolescentes	Mejorar y mantener la salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años	Control de salud oral de adolescentes de 10 a 19 años	Indicador: Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con control odontológico Cálculo: N° de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico (Aplicación de Pauta CERO) / N° de adolescentes de 10 a 19 años inscritos x100	20%	Encargado/a unidad dental del establecimiento Encargada Programa Adolescente



			Fuente: REM		
	Protección y recuperación de la salud buco dental de adolescentes y jóvenes.	Consultas de Morbilidad Odontológica en adolescentes y jóvenes	<p>Indicador: Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p> <p>Cálculo: N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años / N° de población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años inscrita y validada x100</p> <p>Fuente: REM</p>	25%	<p>Encargado/a unidad dental del establecimiento</p> <p>Encargada Programa Adolescente</p>
Trastornos de Salud Mental en Adolescentes	Monitorear la situación de salud mental de adolescentes y jóvenes de 10 a	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de	Indicador: Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de	100%	Encargada Programa Adolescente



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 123 de 315

Vigencia: 1 año

<p>24 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, al ingreso y egreso a programa</p>	<p>adolescentes y jóvenes en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC-y o GHQ según corresponda) al ingreso y egreso a programa</p>	<p>salud mental a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años al ingreso y egreso a programa. Cálculo: N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente)) / N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados y egresados a programa salud mental (año vigente) x100 Fuente: REM</p>		<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p>
<p>Mejorar la calidad de la atención de salud mental en adolescentes y</p>	<p>Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>20%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p>



	jóvenes de 10 a 24 años	jóvenes de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	egresados por alta terapéutica de tratamiento de salud mental Cálculo: N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental (año vigente) x100 Fuente: REM		Encargado/a Programa de Salud Mental
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y	Atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o	Indicador: Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud	17%	Encargada Programa Adolescente Encargado/a Programa de Salud Mental



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 125 de 315

Vigencia: 1 año

trastornos
mentales

trastornos
mentales

mental y/o
trastornos
mentales

Cálculo:
Nº de
adolescentes y
jóvenes de 10 a
24 años, con
factores de
riesgo,
condicionantes
de la salud
mental y
trastornos
mentales, bajo
control /
Nº de
adolescentes y
jóvenes con
factores de
riesgo,
condicionantes
de la salud
mental y
trastornos
mentales,
esperados
según
prevalencia del
22%
x100

Fuente: REM



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 126 de 315

Vigencia: 1 año

		Atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Indicador: Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales. Cálculo: Nº de controles de salud mental totales realizados a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental Fuente: REM	Concentración entre 8 y 12 controles	Encargada Programa Adolescente Encargado/a Programa de Salud Mental
--	--	--	--	--------------------------------------	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 127 de 315

Vigencia: 1 año

<p>Violencia de género</p>	<p>Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que vivan o hayan vivido violencia de género</p>	<p>Ingreso de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género</p>	<p>Indicador: Ingreso de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género</p> <p>Cálculo: N° de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° de mujeres adolescentes y</p>	<p>Aumentar los ingresos de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género en relación al año 2019.</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargada programa de Equidad de Género</p>
----------------------------	---	--	---	---	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 128 de 315

Vigencia: 1 año

jóvenes de 10 a
24 años
ingresadas a
atención
integral por
violencia de
género (año
anterior)
x100

Fuente: REM



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 129 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 3: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

ENS al cual apunta: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco, Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud, Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes, Mantener o disminuir la obesidad

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Consumo de tabaco en adolescentes	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios en salas IRA y ERA	Indicadores: Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años Cálculo: Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en sala IRA/ERA / Nº total de ingresos agudos a salas IRA/ERA de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad de adolescentes y	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	Encargado Programa IRA y ERA Encargada Programa Adolescente



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 130 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>jóvenes de 10 a 24 años en salas IRA y ERA (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en salas IRA y ERA X100</p> <p>Fuente: REM</p>		
<p>Conducta sexual insegura en adolescentes</p>	<p>Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.</p>	<p>Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de 10 a 19 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>Cálculo: Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de</p>	<p>Mantener o aumentar lo realizado el año 2019</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 131 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior) / N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior) X100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual</p>	<p>Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.</p> <p>Cálculo: N° de adolescentes de 10 a 19 años inscritos que usan métodos de Regulación de la Fertilidad) / N° de adolescentes de</p>	<p>28%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 132 de 315

Vigencia: 1 año

			10 a 19 años inscritos x100		
			Fuente: REM		
Aumentar el ingreso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) en adolescentes mujeres con actividad sexual	Control de regulación de fertilidad en adolescentes mujeres de 10 a 19 años	Indicador: Porcentaje de adolescentes mujeres de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC)	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019.	Encargada Programa Adolescente	Encargada Programa de la Mujer
		Cálculo: Nº de adolescentes mujeres de 10 a 19 años) inscritas que usan métodos de Regulación de la Fertilidad de larga duración (LARC)/ Nº de adolescentes mujeres de 10 a 19 años x100			
		Fuente: REM			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 133 de 315

Vigencia: 1 año

<p>Aumentar el ingreso a uso de preservativo en control de regulación de fertilidad o práctica sexual segura de adolescentes hombres</p>	<p>Control de regulación de fertilidad - Salud sexual en adolescentes hombres de 10 a 19 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adolescentes hombres de 10 a 19 años bajo control que usan preservativo. Cálculo: Nº de adolescentes hombres de 10 a 19 años inscritos, bajo control de regulación de fertilidad -Salud sexual que usan preservativo / Nº de adolescentes de 10 a 19 años inscritos x100 Fuente: REM</p>	<p>Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019</p>	<p>Encargada Programa Adolescente Encargada Programa de la Mujer</p>
<p>Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes</p>	<p>Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones</p>	<p>Indicadores: Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones Cálculo:</p>	<p>Aumentar en un 30% respecto año 2020</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 134 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año vigente)</p> <p>(MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior) /</p> <p>Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior)</p> <p>x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Factores de Riesgo para la Salud Adolescente	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada	Talleres promocionales de salud mental a adolescentes y	Indicador: Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019	Encargada Programa Adolescente



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 135 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>salud mental y prevención de la violencia de género a adolescentes, jóvenes, sus padres madres, cuidadores y profesores mediante educación grupal.</p>	<p>jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>asisten a talleres promocionales de salud mental</p> <p>Cálculo: N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres promocionales de salud mental (año vigente) / Población inscrita de 10 a 24 años (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		<p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p>
	<p>Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente</p>	<p>Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años</p> <p>Cálculo: N° de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años / Población</p>	<p>40%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Profesional que realice Control de Salud Integral de Adolescentes</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 136 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años</p>	<p>Control Preconcepcional</p>	<p>Indicador: Porcentaje control preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años</p> <p>Cálculo: N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior) / N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a</p>	<p>Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 137 de 315

Vigencia: 1 año

			24 años (año anterior) x100		
			Fuente: REM		
Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Indicador: Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019	Encargada Programa Adolescente	Encargada Programa de la Mujer
		Cálculo: N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior) / N° de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior) x100			



			Fuente: REM		
<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva (EMPA) en hombres de 20 a 24 años</p>	<p>Realizar Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo</p>	<p>Indicador: Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años</p> <p>Cálculo: N° de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año 2019) / N° de EMPA realizados a hombres 20 a 24 años (año 2019) x100</p> <p>Fuente: REM, FONASA</p>	<p>Mantener número de EMP realizado año 2019</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p>	
<p>Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol</p>	<p>Talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y</p>	<p>Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa</p>	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 139 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes con padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal</p>	<p>adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y a sus madres, padres, cuidadores y profesores</p>	<p>profesores, que asisten a talleres preventivos de salud mental</p> <p>Cálculo: N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres preventivos de salud mental / Población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		<p>Alcohol y drogas</p>
	<p>Contribuir a mejorar estado nutricional en adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición</p>	<p>Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS</p>	<p>Indicador: Porcentaje de derivación de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS</p> <p>Cálculo: Número de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS /</p>	<p>15%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa Elige Vida Sana</p> <p>Profesional que realiza control de salud en adolescentes</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 140 de 315

Vigencia: 1 año

			N° de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso controlados x100 Fuente: REM		
	Contribuir a mejorar estado nutricional en jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso	Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS	Indicador: Porcentaje de derivación de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso al PEVS Cálculo: Número de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS/ N° de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso controlados x100 Fuente: REM	5%	Encargada Programa Adolescente Encargada Programa Elige Vida Sana Profesional que realiza control de salud en adolescentes
Malnutrición por exceso adolescentes	Vigilar la condición nutricional para	Realización y derivación oportuna a	Indicador: Porcentaje de población	Incrementar en al menos 20% respecto	Encargada Programa Adolescente



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 141 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.</p>	<p>Consulta Nutricional en población Adolescente con Diagnóstico de Malnutrición por exceso</p>	<p>adolescente con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional</p> <p>Cálculo: Población Adolescente con Diagnóstico de malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional / Población Adolescente con Diagnóstico de malnutrición por exceso x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>al año anterior</p>	<p>Profesional que realiza control de salud en adolescentes</p> <p>Profesional Nutricionista del sector</p>
--	---	---	---	------------------------	---



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 142 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

ENS al cual apunta: Disminuir la mortalidad perinatal, Disminuir el embarazo adolescente

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Embarazo adolescente	Aumentar el porcentaje de Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes	Indicador: Porcentaje de Visitas Domiciliarias Integrales a adolescentes gestantes Cálculo: N° de VDI a adolescentes gestantes / N° de adolescentes gestantes x100 Fuente: REM	100%	Encargada Programa Adolescente Encargada Programa de la Mujer Encargado/a Programa de Salud Mental
	Derivar a toda embarazada adolescente años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes adolescentes con factores de riesgo Obstétrico	Indicador: Porcentaje de gestantes adolescentes derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico,	100%	Encargada Programa Adolescente Encargada Programa de la Mujer



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 143 de 315

Vigencia: 1 año

		y/o biomédico, según Guía Perinatal.	según Guía Perinatal. Cálculo: N° de gestantes adolescentes con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes adolescentes con riesgo Obstétrico y/o biomédico x100 Fuente: REM		Encargado/a Programa de Salud Mental
	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal	Indicador: Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal Cálculo: N° de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el	100%	Encargada Programa Adolescente Encargada Programa de la Mujer Encargado/a Programa de Salud Mental



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 144 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses postparto	<p>Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)</p>	<p>Indicador: Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto</p> <p>Cálculo: N° de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto / N° total de madres adolescentes con control realizado a los 2 meses post parto x100</p> <p>Fuente: REM</p>	100%	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Enfermera de sector</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 145 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses postparto</p>	<p>Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)</p>	<p>Indicador: Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto</p> <p>Cálculo: N° de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto / N° total de madres adolescentes con control realizado a los 6 meses post parto x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>100%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargado/a Programa de Salud Mental</p> <p>Enfermera de sector</p>
	<p>Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención</p>	<p>Control prenatal (examen de Streptococo Grupo B).</p>	<p>Indicador: Porcentaje gestantes adolescentes bajo Control Prenatal portadora de</p>	<p>Mantener o aumentarlo alcanzado el año anterior</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 146 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Streptococo Grupo B.</p> <p>Cálculo: Número de gestantes adolescentes bajo Control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B / Número de gestantes adolescentes bajo Control Prenatal x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Aumentar el uso de doble protección (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes</p>	<p>Control de regulación de fertilidad en adolescentes</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adolescentes en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo</p> <p>Cálculo: Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con</p>	<p>100%</p>	<p>Encargada Programa Adolescente</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 147 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>“método de regulación de fertilidad más preservativo” / N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
--	--	--	---	--	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 148 de 315

Vigencia: 1 año

SALUD EN LOS ADULTOS

Lineamiento estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico

ENS al cual apunta: Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA, Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas, Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación, Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
VIH/SIDA en Adultos	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad	Realizar examen de VIH en hombres de 25-64 años que atendidos por morbilidad	Indicador: Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en hombres de 25-64 años en consultas de morbilidad Cálculo: Nº total de test rápido para VIH realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad / Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64	Línea base	Encargada del Programa VIH/SIDA e ITS Encargado/a Programa del Adulto



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 149 de 315

Vigencia: 1 año

			años por morbilidad x100		
			Fuente: REM		
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad	Realizar examen de VIH en hombres de 25-64 años que atendidos por morbilidad	Indicador: Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 25-64 años consultantes de morbilidad	10%	Encargada del Programa VIH/SIDA e ITS	Encargado/a Programa del Adulto
		Cálculo: Nº total de examen de VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad / Nº total de consultas de morbilidad realizados en hombres de 25-64 años x100			
		Fuente: REM			
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64	Realizar examen de VIH en personas de	Indicador: Aumento de la toma examen de VIH (test rápido)	Aumentar en un 25%	Encargada del Programa VIH/SIDA e ITS	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 150 de 315

Vigencia: 1 año

	años atendidos por demanda espontánea	25-64 años que atendidos por demanda espontánea	<p>en personas de 25-64 años demanda espontánea</p> <p>Cálculo: Nº total de test rápido para VIH realizados en personas de 25-64 años consultantes por morbilidad / Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes de 25-64 años por morbilidad x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Encargado/a Programa del Adulto
Morbimortalidad respiratoria aguda en adultos	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar	<p>Indicador: Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio</p> <p>Cálculo: Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años</p>	50%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 151 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía x100</p> <p>Fuente: Plataforma PVS</p>		
<p>Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en Adultos</p>	<p>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles</p>	<p>Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza</p> <p>Cálculo: Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas x100</p>	<p>85%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>



			Fuente: RNI		
		Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	<p>Indicador: Porcentaje de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación con vacunación anti-influenza</p> <p>Cálculo: N° de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación con vacunación anti-influenza / Total gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación x100</p> <p>Fuente: RNI</p>	85%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>
		Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	<p>Indicador: Cobertura de vacuna dTpa en gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación</p> <p>Cálculo:</p>	80%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Enfermera encargada del Programa Nacional de Inmunizaciones</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 153 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° de gestantes adultas con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación x100</p> <p>Fuente: RNI</p>		
Prevenición de la Tuberculosis en Adultos	Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	<p>Indicador: Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)</p> <p>Cálculo: N° de muestras de esputo procesadas año 2022 en población de 25 a 64 años (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas año 2021 en población de 25 a 64 años / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 en población de 25 a 64 años x100</p>	Aumentar 5%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado Programa de Tuberculosis</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 154 de 315

Vigencia: 1 año

Fuente: REM

Lineamiento estratégico 2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

ENS al cual apunta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer, Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares, Reducir la progresión de enfermedad renal crónica, Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus, Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida, Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica, Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica	Indicador: Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos Cálculo: N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo / N° total de mujeres adultas inscritas y validadas x100 Fuente: REM	Aumentar en 5%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 155 de 315

Vigencia: 1 año

<p>Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama</p>	<p>Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años</p> <p>Cálculo: Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Alcanzar al menos 70%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>
<p>Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino</p>	<p>Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años</p>	<p>Indicador: Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años</p> <p>Cálculo: Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas x100</p>	<p>80%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



			Fuente: REM		
	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	<p>Indicador: Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años</p> <p>Cálculo: Nº personas de 35 a 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis / Población Total de 35 a 49 años x100</p> <p>Fuente: REM</p>	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	Encargado/a Programa del Adulto
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Indicador: Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	100%	Encargado/a Programa del Adulto Encargado/a PSCV



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 157 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Cálculo: Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM x100</p> <p>Fuente: SIDRA</p>		
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	<p>Indicador: Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control</p> <p>Cálculo: Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia x100</p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 158 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
			<p>Indicador: Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control</p> <p>Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/ Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control en PSCV x100</p> <p>Fuente: REM</p>	Mantener meta de diciembre año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>
			<p>Indicador: Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control</p> <p>Cálculo: Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg/</p>	Mantener meta de diciembre año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 159 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
<p>Reducir la progresión de enfermedad renal crónica</p>	<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo</p>	<p>Aplicar el “Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica</p> <p>Cálculo: Nº de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte) x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 160 de 315

Vigencia: 1 año

Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV	Pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	<p>Indicador: Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente</p> <p>Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas de 25 a 64 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes (MENOS) egresos a PSCV por diabetes}} \times 100$ </p> <p>Fuente: REM</p>	90%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las	<p>Indicador: Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses</p>	100%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p> <p>Enfermera o Médico del Sector</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 161 de 315

Vigencia: 1 año

		OT del MINSAL vigente	<p>Cálculo: Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	<p>Indicador: Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita</p> <p>Cálculo: Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia x100</p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 162 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
			<p>Indicador: Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)</p> <p>Cálculo: N° de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV) x100</p> <p>Fuente: REM</p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>
			<p>Indicador: Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control</p> <p>Cálculo: N° de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la</p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 163 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>población inscrita validada según prevalencia x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2</p>	<p>Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial</p> <p>Cálculo: N° de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial / N° de Personas diabéticas en control PSCV x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Mantener porcentaje del año 2019</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>
<p>Violencia de Género</p>	<p>Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género</p>	<p>Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género</p>	<p>Indicador: Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud</p>	<p>Aumentar el porcentaje con respecto al año anterior</p>	<p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargado/a Programa del adulto</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 164 de 315

Vigencia: 1 año

		detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante	<p>mental en relación al total de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.</p> <p>Cálculo: N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Encargada Programa ChCC
Morbimortalidad por enfermedad respiratoria crónica en Adultos	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	<p>Indicador: Porcentaje de Adultos entre 25 y 64 años bajo control por patología respiratoria crónica</p> <p>Cálculo: Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente)</p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 165 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>(MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Indicador: Población bajo control por asma con nivel de control adecuado asmática controlada (año vigente)	<p>Cálculo: Proporción de población bajo control por asma con nivel de control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control por asma con nivel de control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control por asma con</p>	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)	Encargado/a Programa del Adulto Encargado Programa IRA/ERA



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 166 de 315

Vigencia: 1 año

			nivel de control adecuado (año 2019) x100 Fuente: REM		
Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Indicador: Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) Cálculo: Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019) x100 Fuente: REM	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)	Encargado/a Programa del Adulto Encargado Programa IRA/ERA	
Mejorar la calidad de atención en	Realizar programa de rehabilitación	Indicador: Porcentaje de pacientes EPOC de	Aumentar 50%	Encargado/a Programa del Adulto	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 167 de 315

Vigencia: 1 año

	población crónica respiratoria bajo control.	pulmonar en usuarios con EPOC.	<p>65 años o más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto)</p> <p>Calculo: Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar (presencial o remoto) finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Encargado Programa IRA/ERA
--	--	--------------------------------	---	--	----------------------------



<p>Aumentar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas</p>	<p>Brindar atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónica</p>	<p>Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en personas con enfermedades crónicas</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV ,estrategia de cuidados integrales o HEARTS) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses</p> <p>Cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con enfermedades crónicas (PSCV , estrategia integral de multimorbilidad o HEARTS) que retiran tratamiento mínimo de 60 días}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con enfermedades crónicas (PSCV , estrategia integral de multimorbilidad o HEARTS)}} \times 100$ </p> <p>Fuente: REM</p>	<p>80%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>
<p>Morbilidad Bucal en Adultos</p>	<p>Protección y recuperación de la salud buco</p>	<p>Consulta de Morbilidad Odontológica en adultos</p>	<p>Indicador: Porcentaje de consultas de morbilidad</p>	<p>25%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 169 de 315

Vigencia: 1 año

	dental del adulto		odontológica en población adulta Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta Cálculo: N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años / N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento x100 Fuente: REM		Encargado/a Unidad Dental
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Pacientes diabéticos del PSCV que reciben atención odontológica	Indicador: Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica Calculo: Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica / Personas diabéticos en control PSCV	2%	Encargado/a Programa del Adulto Encargado/a Unidad Dental



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 170 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud	<p>Indicador: Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica</p> <p>Calculo: N° de establecimientos que implementan la actividad / N° total de establecimientos x100</p> <p>Fuente: Informe Servicio salud</p>	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral	Encargado/a Programa del Adulto Encargado/a PSCV
		Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	<p>Indicador: Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona</p> <p>Calculo: N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que reciben control</p>	Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%	Encargado/a Programa del Adulto Encargado/a PSCV



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 171 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) x100 Diferenciar por G2 y G3</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona</p> <p>Calculo: N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) x100 Diferenciar por G2 y G3</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



Lineamiento estratégico 3: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

ENS al cual apunta: Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud, Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco, Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura, Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Factores de Riesgo para la salud en Adultos	Entregar herramientas para la promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de salud mental a población adulta de 25 a 64 años	Indicador: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años Cálculo: N° de personas que asisten a taller (año vigente) / Población inscrita entre 25 y 64 años (año vigente) x100 Fuente: REM	1%	Encargado/a Programa de Salud Mental
	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Indicador: Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada Cálculo: N° de EMPA realizados a	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019	Encargado/a Programa del Adulto



	del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años		población adulta inscrita validada/ Población Total adulta inscrita validada x100 Fuente: REM		
		Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo	Indicador: Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años Cálculo: N° de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ N° Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años x100 Fuente: REM	Mantener número de EMPA en hombres de 25-64 años realizado el año 2019	Encargado/a Programa del Adulto
	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y la violencia	Talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género a población	Indicador: Porcentaje de población adulta de 25 a 64 años que asisten a actividades preventivas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género realizadas	1%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer Encargada Programa Alcohol y drogas



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 174 de 315

Vigencia: 1 año

<p>de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal</p>	<p>adulta de 25 a 64 años</p>	<p>Cálculo: N° de personas que asisten a taller (año vigente) / Población inscrita de 25 a 64 años (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
<p>Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.</p>	<p>Consulta Nutricional (CN) en Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional</p> <p>Calculo: Población de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad que recibe CN / Población Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso x100</p>	<p>30%</p>	<p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Profesional nutricionista del sector</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 175 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
Prevenir conducta sexual insegura en Adultos	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH	Control de regulación de fertilidad	<p>Indicador: Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad</p> <p>Cálculo: Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad / Mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas x100</p> <p>Fuente: REM</p>	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargada Programa VIH/SIDA e ITS</p>
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	<p>Indicador: Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas</p> <p>Cálculo: Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por</p>	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa VIH/SIDA e ITS</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 176 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>sexo (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
<p>Tabaquismo en los Adultos</p>	<p>Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco de población adulto de 25 a 64 años.</p>	<p>Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas en salas ERA.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco</p> <p>Cálculo: N° de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 25 a 64 años en salas ERA / N° total de ingresos agudos a usuarios de 25 a 64 años (MÁS) N° consultas de morbilidad a</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 177 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>usuarios de 25 a 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 25 a 64 años en salas ERA x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Alcoholismo en Adultos	Disminuir la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Aplicar cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a personas que se realizan EMPA	<p>Indicador: Porcentaje de personas que se les realiza el tamizaje de consumo de sustancias en el espacio EMPA</p> <p>Cálculo: Nº de personas con aplicación de tamizaje de consumo de sustancias / Nº de personas que se realizan EMPA x100</p> <p>Fuente: REM</p>	100%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa Alcohol y drogas</p> <p>Funcionario que realiza EMPA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 178 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

ENS al cual apunta: Disminuir la mortalidad perinatal, Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Prevenir la mortalidad perinatal y materna	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA	Indicador: Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial Cálculo: Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial x100 Fuente: REM	100%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer Encargada Programa ChCC
	Realizar el control de salud integral de puerperio a	Primer control de salud de la puerpera y su	Indicador: Porcentaje de controles madre/hijo dentro	70%	Encargado/a Programa del Adulto



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 179 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.</p>	<p>recién nacido dentro de los 10 días de vida</p>	<p>de los 10 días de vida Cálculo: N° de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida/ N° total de ingresos de RN x100 Fuente: REM</p>		<p>Encargada Programa de la Mujer Encargada Programa ChCC</p>
	<p>Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo</p>	<p>Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal</p>	<p>Indicador: Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal Cálculo: N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal x100</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer Encargada Programa ChCC</p>



			Fuente: REM		
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Indicador: Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto Cálculo: Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/ Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF x100 Fuente: REM	100%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa ChCC	
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Indicador: Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	100%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa ChCC	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 181 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Cálculo: N° de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / N° total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x100</p>		
	<p>Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva</p>	<p>Consejería en salud sexual y reproductiva</p>	<p>Indicador: Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva</p> <p>Cálculo: N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior /</p>	<p>Aumentar en 5%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 182 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa</p>	<p>Control de regulación de fertilidad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad</p> <p>Cálculo: N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) / N° total de población de 25 a 49 años bajo control de</p>	<p>Aumentar en 5%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



			regulación de fertilidad (año anterior) x100 Fuente: REM		
Aumentar la cobertura de los controles pre-concepcionales en mujeres en edad fértil, para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles	Control Pre-concepcional	Indicador: Incrementar la cantidad de Control preconcepcional en mujeres en edad fértil Cálculo: N° de Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año vigente) (MENOS) N° Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año anterior)/ N° de Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año anterior) x100 Fuente: REM	Incrementar en un 15% Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil respecto a lo realizado el año anterior.	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer	



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 184 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza</p>	<p>Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)</p>	<p>Indicador: Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal</p> <p>Cálculo: N° de gestantes que ingresan a educación grupal sesiones de educación prenatal/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>80%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>
	<p>Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso</p>	<p>Indicadores: Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional</p> <p>Cálculo: N° de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 185 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención</p>	<p>Control prenatal (test de pesquisa de Streptococo Grupo B)</p>	<p>Indicador: Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B</p> <p>Cálculo: Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B / Número de gestantes adultas bajo control Prenatal x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Mantener o aumentar lo realizado el año anterior</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 186 de 315

Vigencia: 1 año

	<p>Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)</p>	<p>Control de regulación de fertilidad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)</p> <p>Cálculo: N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/</p>	<p>Aumentar en 3% respecto al año anterior</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p> <p>Encargado/a Programa de Salud Cardiovascular</p>
--	--	--	---	--	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 187 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas</p>	<p>Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad</p>	<p>Indicador: Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología</p> <p>Cálculo: N° de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas /</p>	<p>100%</p>	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 188 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio	<p>Indicador: Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio</p> <p>Cálculo: N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior) / N° de mujeres adultas en control</p>	Aumentar en 15%	<p>Encargado/a Programa del Adulto</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



			de salud integral en etapa de climaterio (año anterior) x100		
			Fuente: REM		
Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Indicador: Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	Cálculo: N° de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control / N° total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio x100	100%	Encargado/a Programa del Adulto Encargada Programa de la Mujer
Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio,	Indicador: Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH,		Aumentar en un 5%	Encargado/a Programa del Adulto



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 190 de 315

Vigencia: 1 año

	control de climaterio, según puntaje MRS	según puntaje MRS	según puntaje MRS Cálculo: Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS x100 Fuente: REM		Encargada Programa de la Mujer
--	--	-------------------	--	--	--------------------------------



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 191 de 315

Vigencia: 1 año

SALUD EN ADULTOS MAYORES

Lineamiento estratégico 1: Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su Impacto social y económico

ENS al cual apunta: Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas, Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública, Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA, Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Morbimortalidad por infección respiratoria aguda en adultos mayores	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Indicador: Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada Calculo: N° de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida / N° Total de personas de 65 años inscritos y validados	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	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado Programa IRA/ERA



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 192 de 315

Vigencia: 1 año

			x100		
			Fuente: RNI/ Población 65 años inscrita y validada		
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti- influenza, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.		Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti- influenza Calculo: N° de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti- influenza / N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados x100 Fuente: RNI/ Población 65 años inscrita y validada	85% de cobertura	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargada PNI



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 193 de 315

Vigencia: 1 año

Tuberculosis en adultos mayores	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 65 años y mas	Indicador: Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) Calculo: N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 65 años y más (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 65 años y mas / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 65 años y más *100	aumentar 5%	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado Programa Tuberculosis
---------------------------------	---------------------------------------	---	--	-------------	--



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 194 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
Prevenir morbimortalidad por VIH/SIDA en adultos mayores	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH (todas las técnicas) en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH (todas las técnicas) a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	<p>Indicador: Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más</p> <p>Calculo: N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior) / N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes</p>	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargada Programa VIH/SIDA e ITS



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 195 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>por morbilidad de 65 años y más, (año anterior) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.</p>	<p>Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS</p> <p>Calculo: Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargada Programa VIH/SIDA e ITS</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 196 de 315

Vigencia: 1 año

Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Aumentar la pesquisa de personas infectadas por el virus de hepatitis C	Realizar el examen de anticuerpos de VHC en personas de 65 y más años con factores de riesgo	<p>Indicador: Porcentaje de exámenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS</p> <p>Calculo: N° de exámenes realizados con anticuerpos de VHC a personas de 65 y más años con factores de riesgo/ N° de exámenes de anticuerpos VHC realizados el año anterior a personas de 65 y más años con factores de riesgo *100.</p> <p>Fuente: REM</p>	Línea base	Encargado/a Programa Adulto Mayor
---	---	--	--	------------	-----------------------------------



Lineamiento estratégico 2: Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no Transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

ENS al cual apunta: Reducir la progresión de enfermedad renal crónica, Reducir la tasa de mortalidad por Cáncer, Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares, Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus, Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica, Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Enfermedad renal crónica en adultos mayores	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar el “Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica” a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses Calculo: Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses /	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a PSCV



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 198 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte x100</p> <p>Fuente: REM</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>	<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>Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses</p> <p>Calculo: N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con</p>	<p>80% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 199 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
<p>Reducir morbimortalidad por cáncer en adultos mayores</p>	<p>Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más</p>	<p>Control preventivo de salud integral ginecológica.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos</p> <p>Calculo: N° de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual / N° total de mujeres adultas mayores</p>	<p>Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargada Programa de la Mujer</p>



			inscritas y validadas x100		
			Fuente: REM		
	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	Indicador: % de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años Calculo: Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas x100 Fuente: REM	Alcanzar al menos 70%	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargada Programa de la Mujer
Enfermedades cardiovasculares en adulto mayor	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente	Indicador: Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el	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	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a PSCV



		egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	<p>PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta</p> <p>Calculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta}}{\text{N}^\circ \text{ total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM}} \times 100$ </p> <p>Fuente: SIDRA</p>	profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	<p>Indicador: Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control</p> <p>Cálculo de cobertura: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas hipertensas de}}$ </p>	Mantener cobertura año 2019	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 202 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>65 años y más bajo control / N° de personas hipertensas de 65 años y más estimados en la población inscrita validada según prevalencia x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.</p>	<p>Indicador: Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control</p> <p>Cálculo proporción de compensación de metas: N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más</p>	<p>Mantener la cobertura alcanzada a diciembre 2019</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 203 de 315

Vigencia: 1 año

			años/N° de hipertensos de 65 y más años bajo control en PSCV		
			Fuente: REM		
	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Indicador: Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y más bajo control. Cálculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y más años estimados según prevalencia en población inscrita validada	Mantener la población inscrita dic año 2019.	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a PSCV



			Fuente: REM		
Reducir morbilidad por diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	<p>Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas</p> <p>Calculo: Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado en los últimos 6 meses / Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el</p>	100% reciben manejo avanzado de heridas	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 205 de 315

Vigencia: 1 año

			PSCV en los últimos 6 meses x100. Fuente: REM		
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente Calculo: Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente / Nº total de personas de 65 años y más con diabetes bajo control en PSCV x100 Fuente: REM	80% cuentan con un fondo de ojo vigente.	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a PSCV
Disminuir la mortalidad por enfermedad	Aumentar la cobertura de pacientes	Pesquisa, evaluación, confirmación	Indicador: Porcentaje de adultos mayores	Mantener en relación al 2019	Encargado/a Programa



respiratoria crónica en adultos mayores	crónicos respiratorios de 65 años y más.	diagnóstica de patología respiratoria crónica	<p>bajo control de 65 y más años</p> <p>Calculo: Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año 2019) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año 2019) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		<p>Adulto Mayor</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>
	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	<p>Indicador: Población bajo control asmática controlada (año vigente)</p> <p>Calculo: Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática</p>	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 207 de 315

Vigencia: 1 año

			controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año 2019) / Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año 2019) Fuente: REM		
		Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Indicador: Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) Calculo: Proporción de población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado Programa IRA/ERA



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 208 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año 2019)</p> <p>Fuente: REM</p>		
	<p>Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.</p>	<p>Realizar programa de rehabilitación pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto) en usuarios con EPOC.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar presencial o remoto</p> <p>Calculo: Población de 65 y más años bajo control por</p>	<p>Aumentar en 50%</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 209 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>EPOC con programa de rehabilitación pulmonar presencial o remoto finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año 2019) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
Mejorar salud bucal en adultos mayores	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Indicador: Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en	25%	Encargado/a Programa Adulto Mayor



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 210 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>población adulta mayor (de 65 años y mas)</p> <p>Calculo: N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor / N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Encargado Unidad dental
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Pacientes diabéticos del PSCV que reciben atención odontológica	<p>Indicador: Porcentaje de Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica</p> <p>Calculo: Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica /</p>	2%	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado Unidad dental</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 211 de 315

Vigencia: 1 año

			Personas diabéticos en control PSCV		
			Fuente: REM		
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados en personas mayores de 65 años y más.	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	Indicador: Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales. Calculo: N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 65 y más años / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y	17%	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a Programa Salud Mental



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 212 de 315

Vigencia: 1 año

			más años, esperados según prevalencia de 22%		
			Fuente: REM		
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Brindar atención integral y oportuna a personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Indicador: Porcentaje de personas mayores de 65 años y más, egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental, factores de riesgo o condicionantes de la salud mental Calculo: N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa de salud mental (año vigente) x100 Fuente: REM	Alcanzar un 20%	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a Programa Salud Mental



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 213 de 315

Vigencia: 1 año

		Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	<p>Indicador: Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales</p> <p>Calculo: N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 años y más / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 años y más</p> <p>Fuente: REM</p>	Concentración entre 8 y 12 de controles.	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a Programa Salud Mental</p>
	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento de salud mental al ingreso y	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental en personas de 65 años y más en	Indicador: Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	100%	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a Programa</p>



	egreso a programa.	tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ al ingreso y egreso del programa).	<p>Calculo: N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente) / N° de personas ingresadas y egresadas del programa salud mental (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		Salud Mental
Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no transmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Implementar el control integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud	<p>Indicador: Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica</p> <p>Calculo: N° de establecimientos que implementan la actividad / N° total de establecimientos x100</p>	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 215 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: Informe Servicio salud		
		Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	<p>Indicador: Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona</p> <p>Calculo: N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) x100 Diferenciar por G2 y G3</p> <p>Fuente: REM A05 Reporte estratificación</p>	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a PSCV</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 216 de 315

Vigencia: 1 año

		Realizar atención integral de ingreso a personas con multimorbilidad crónica	<p>Indicador: Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona</p> <p>Calculo: N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) x100 Diferenciar por G2 y G3</p> <p>Fuente: REM</p>	Incrementar cobertura en un 10% respecto a lo logrado el año anterior	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargado/a PSCV
		Entregar tratamiento farmacológico por un mínimo de 60 días en	Indicador: Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV	80%	Encargado/a Programa Adulto Mayor



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 217 de 315

Vigencia: 1 año

		personas con enfermedades crónicas	<p>o estrategia de cuidados integrales) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses</p> <p>Calculo: N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia integral de multimorbilidad) que retiran tratamiento mínimo de 60 días / N° de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia integral de multimorbilidad)</p> <p>Fuente: Recetas despachas/ REM</p>		Encargado/a PSCV
--	--	------------------------------------	--	--	------------------



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 218 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 3: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

ENS al cual apunta: Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco, Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Consumo de tabaco en adultos mayores	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas en salas ERA.	<p>Indicador: Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco</p> <p>Calculo: N° de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años en salas ERA / N° total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) N° consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a</p>	100%	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado Programa IRA/ERA</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 219 de 315

Vigencia: 1 año

			usuarios de 65 y más años en salas ERA x100		
			Fuente: REM		
Factores de riesgo en el adulto mayor	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables como factores protectores de ENT.	Consulta Nutricional en población de Personas Mayores con Dg de Malnutrición por exceso.	Indicador: Porcentaje de población de Personas Mayores con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	15% incremento sobre el año 2019	Encargado/a Programa Adulto Mayor Profesional nutricionista del sector
	Brindar acompañamiento integral a personas mayores para educación en salud, seguimiento de condiciones	Seguimiento Telefónico Integral a personas mayores	Indicador: Porcentaje de Contacto remoto con personas mayores para acompañamiento y monitoreo	Aumentar en un 5% respecto a 2021	Encargado/a Programa Adulto Mayor



	<p>crónicas y continuidad de la atención en períodos con actividades presenciales disminuidas</p>		<p>desde el centro de salud, identificación de otros factores de riesgo y educación en salud.</p> <p>Calculo: N° personas mayores inscritas validadas que reciben seguimiento telefónico integral / N° personas mayores inscritas validadas x100</p> <p>Fuente: Registro Local ; Informe de SS</p>		<p>Encargada Participación ciudadana</p>
	<p>Entregar herramientas para la promoción de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más</p>	<p>Talleres promocionales de salud mental en personas mayores de 65 años y más.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a actividades promocionales de salud mental.</p> <p>Calculo: N° de personas de 65 años y más que asisten a taller /</p>	<p>Incrementar en un 10% en relación al año 2019.</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a Programa Salud Mental</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 221 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>Población inscrita de 65 años y más (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>		
		<p>Talleres preventivos de salud mental en personas mayores de 65 años y más.</p>	<p>Indicador: Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a talleres preventivos de salud mental.</p> <p>Calculo: N° de personas de 65 años y más que asisten a taller (año vigente) / Población inscrita mayor de 65 años (año vigente) x100</p> <p>Fuente: REM</p>	<p>Incrementar en un 10% en relación al año 2019.</p>	<p>Encargado/a Programa Adulto Mayor</p> <p>Encargado/a Programa Salud Mental</p>



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 222 de 315

Vigencia: 1 año

Lineamiento estratégico 4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo Vital

ENS al cual apunta: Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores

Problema o situación Identificada	Objetivos	Actividades	Indicadores	Meta Año 2022	Responsable
Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura del PACAM en personas mayores de 70 años	Entrega de productos del PACAM a personas mayores de 70 años	Indicador: Porcentaje de personas mayores de 70 años que retiran PACAM Calculo: Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben BLAD (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben BLAD (año anterior) Fuente: REM	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año 2019	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargada Programa Alimentario
	Aumentar la entrega de productos del PACAM a personas mayores con dificultades para el retiro	Entrega de PACAM en domicilio	Indicador: Porcentaje de Entrega de Productos de Programas Alimentarios en domicilio a personas mayores Calculo:	Aumentar en un 5% respecto a 2021	Encargado/a Programa Adulto Mayor Encargada Programa Alimentario



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 223 de 315

Vigencia: 1 año

			<p>N° personas mayores inscritas validadas que reciben entrega de productos del Programa de Alimentación Complementaria en domicilio / N° de personas mayores inscritas validadas x100</p> <p>Fuente: Registro Local ; Informe de SS</p>		
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	<p>Calculo: N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior) / N° de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior) x100</p>	Incrementar al menos en un 30% respecto al año 2019	Encargado/a Programa Adulto Mayor



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 224 de 315

Vigencia: 1 año

			Fuente: REM		
	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento que incluya EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia, dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM), haciendo seguimiento además a los factores de riesgo identificados que afecten la funcionalidad de las personas mayores, incluidas en el Plan de Atención del EMPAM.	<p>Indicador: Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia</p> <p>Calculo: 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 x100</p> <p>Fuente: REM</p>	80%	Encargado/a Programa Adulto Mayor



5. EVALUACIÓN Y MONITOREO

5.1 MONITOREO PROCESO

Objetivos	Indicador	Meta	% de cumplimiento Corte 30 de Marzo	% de cumplimiento Corte 30 de Junio	% de cumplimiento Corte 30 de septiembre
Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Porcentaje de niños/ as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente	95%			
	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m refuerzo)	95%			
	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad	90%			
	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	90%			
	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad	90%			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 226 de 315

Vigencia: 1 año

	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	90%			
	Porcentaje de niños/as de 18 meses con vacuna hexavalente administrada	95%			
	Porcentaje de niños/as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada	90%			
	Porcentaje de niños y niñas desde 1° hasta 5° básico con vacuna anti-influenza administrada	90%			
	Porcentaje de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada	90%			
	Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico vacuna dTpa administrada	90%			
	Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico con vacuna Tres vírica administrada	90%			
Entregar herramientas para la promoción de la salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres promocionales de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2019			
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o	Aumentan en un 10% en relación a lo			



mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	cuidadores asisten a talleres preventivos de condiciones de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)	realizado el año 2019			
Monitorear la situación de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales al ingreso y egreso a programa	Cobertura de la aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso de la atención de salud mental	100%			
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	17%			
	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica de tratamiento por salud mental	20%			
	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración entre 8 y 12 de controles			
	Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod	100%			



Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años	Porcentaje de niñas/os menores de 10 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	48%			
	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 4 años	60%			
Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	25%			
Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6° mes	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60% Alcanzar la meta fijada para el año 2022: 80% de cobertura			
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	10%			
	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes.	80%			
	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	50%			



	Porcentaje de población infantil menor de 5 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional	50%			
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso o déficit	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	60%			
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	60%			
Vigilar la condición nutricional, así como también promover la correcta entrega de productos del PNAC de refuerzo.	Porcentaje de población infantil menor de 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo	Aumentar o mantener el en relación al año anterior			
Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	25%			
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro significativo	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al	25%			



de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral	taller de Promoción del desarrollo del lenguaje				
	Porcentaje de niños y niños menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo motor	25%			
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	7%			
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Cobertura de niños y niñas de 0 a 71 meses bajo control	95%			
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Porcentaje de aplicaciones de Pauta Breve realizadas al grupo de niños/as en el control de salud de los 4 meses	100%			
	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)	100%			



	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	90%			
	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	90%			
	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	90%			
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	100%			
	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	100%			
	Porcentaje de niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial	Incrementar en un 30 % respecto al año anterior			
Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquisada en control de	Porcentaje de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que afecte su desarrollo y que ingresan a sala de	80%			



salud infantil, ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)				
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño/a menores de 5 años con déficit de Desarrollo Psicomotor (DSM)	100%			
	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	90%			
Niños/as con déficit o rezago en el desarrollo, que ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	Porcentaje de niños y niñas con rezago u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	100%			
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda espontánea y/o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o consulta espontánea a adolescentes y jóvenes de 14 -24 años	Aumentar en un 30% respecto año 2020			
	Porcentaje de Test Visual Rápido de VIH realizados por demanda espontánea o consulta de morbilidad a	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior			



	adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años				
Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	85%			
	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	90%			
	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	80%			
	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	85%			
Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Porcentaje de muestras baciloscopías procesadas en población de 15-24 años	Aumentar 5%			
Mejorar y mantener la salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años	Mejorar y mantener la salud bucal de adolescentes de 10 a 19 años	20%			
Protección y recuperación de la salud buco dental de adolescentes y jóvenes.	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	25%			
Monitorear la situación de salud mental de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años al ingreso y egreso a programa.	100%			



trastornos mentales, al ingreso y egreso a programa					
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica de tratamiento de salud mental	20%			
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	17%			
	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.			
Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que vivan o hayan vivido violencia de género	Ingreso de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género	Aumentar los ingresos de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a			



		atención integral por violencia de género en relación al año 2019.			
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería			
Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Mantener o aumentar lo realizado el año 2019			
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.	28%			
Aumentar el ingreso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) en adolescentes mujeres con actividad sexual	Porcentaje de adolescentes mujeres de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC)	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019.			
Aumentar el ingreso a uso de preservativo en control de regulación de fertilidad o práctica	Porcentaje de adolescentes hombres de 10 a 19 años bajo control que usan preservativo.	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019			



sexual segura de adolescentes hombres					
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones	Aumentar en un 30% respecto año 2020			
Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental y prevención de la violencia de género a adolescentes, jóvenes, sus padres madres, cuidadores y profesores mediante educación grupal.	Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres promocionales de salud mental	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019			
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	40%			
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Porcentaje control preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019			
Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes	Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019			



<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva (EMPA) en hombres de 20 a 24 años</p>	<p>Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años</p>	<p>Mantener número de EMP realizado año 2019</p>			
<p>Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes con padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal</p>	<p>Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que asisten a talleres preventivos de salud mental</p>	<p>Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019</p>			
<p>Contribuir a mejorar estado nutricional en adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición</p>	<p>Porcentaje de derivación de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS</p>	<p>15%</p>			
<p>Contribuir a mejorar estado nutricional en jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso</p>	<p>Porcentaje de derivación de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso al PEVS</p>	<p>5%</p>			
<p>Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.</p>	<p>Porcentaje de población adolescente con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional</p>	<p>Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior</p>			



Aumentar el porcentaje de Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes	Porcentaje de Visitas Domiciliarias Integrales a adolescentes gestantes	100%			
Derivar a toda embarazada adolescente años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Porcentaje de gestantes adolescentes derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal.	100%			
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	100%			
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses postparto	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	100%			
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses postparto	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto	100%			
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Porcentaje gestantes adolescentes bajo Control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B.	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior			
Aumentar el uso de doble protección (método de regulación de fertilidad efectivo más	Porcentaje de adolescentes en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	100%			



preservativo) en adolescentes					
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en hombres de 25-64 años en consultas de morbilidad	Línea base			
	Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 25-64 años consultantes de morbilidad	10%			
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años atendidos por demanda espontánea	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en personas de 25-64 años demanda espontánea	Aumentar en un 25%			
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	50%			
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	85%			
	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación con vacunación anti-influenza	85%			
	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación	80%			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 240 de 315

Vigencia: 1 año

Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	Aumentar 5%			
Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	Aumentar en 5%			
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	Alcanzar al menos 70%			
Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	80%			
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general			
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	100%			
Aumentar la cobertura de tratamiento de	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Mantener cobertura año 2019			



hipertensión en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	Mantener meta de diciembre año 2019			
	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Mantener meta de diciembre año 2019			
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	100%			
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV	Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	90%			
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	100%			
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	Mantener cobertura año 2019			
	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Mantener cobertura año 2019			



	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control	Mantener cobertura año 2019			
Mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial	Mantener porcentaje del año 2019			
Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación al total de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	Aumentar el porcentaje con respecto al año anterior			
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años	Porcentaje de Adultos entre 25 y 64 años bajo control por patología respiratoria crónica Cálculo: Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) x100	Mantener cobertura año 2019			
Mejorar la calidad de atención en población	Población bajo control por asma con nivel de control adecuado asmática controlada (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento			



con asma bronquial bajo control		año base (2019)			
Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)			
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años o más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto)	Aumentar 50%			
Brindar atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV ,estrategia de cuidados integrales o HEARTS) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses	80%			
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	25%			
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica	2%			
	Establecimientos que implementan el control	Incrementar en un 5% respecto			



Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	integral a personas con multimorbilidad crónica	al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral			
	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%			
	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%			
Entregar herramientas para la promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	1%			
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019			
	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años	Mantener número de EMPA en hombres de			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 245 de 315

Vigencia: 1 año

		25-64 años realizado el año 2019			
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal	Porcentaje de población adulta de 25 a 64 años que asisten a actividades preventivas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género realizadas	1%			
Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.	Porcentaje de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional	30%			
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019			
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior			
Fomentar la disminución y cesación del consumo	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas	100%			



de tabaco de población adulta de 25 a 64 años.	en salas ERA con consejería breve antitabaco				
Disminuir la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Porcentaje de personas que se les realiza el tamizaje de consumo de sustancias en el espacio EMPA	100%			
Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	100%			
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	70%			
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	100%			
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	100%			
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto	100%			
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	Aumentar en 5%			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 247 de 315

Vigencia: 1 año

propias decisiones en salud sexual y reproductiva					
Aumentar la cobertura de los controles pre-concepcionales en mujeres en edad fértil, para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles	Incrementar la cantidad de Control preconcepcional en mujeres en edad fértil	Incrementar en un 15% Controles preconcepcionales en mujeres en edad fértil respecto a lo realizado el año anterior.			
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	80%			
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	100%			
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior			
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Aumentar en 3% respecto al año anterior			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 248 de 315

Vigencia: 1 año

cardiovascular (DM-HTA)					
Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	100%			
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	Aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior			
Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	Aumentar en 15%			
Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	100%			
Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	Aumentar en un 5%			
Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 249 de 315

Vigencia: 1 año

		comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada			
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	85% de cobertura			
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	aumentar 5%			
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH (todas las técnicas) en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.			
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del			



		VIH/SIDA e ITS.			
Aumentar la pesquisa de personas infectadas por el virus de hepatitis C	Porcentaje de exámenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS	Línea base			
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.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.			
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥ 30 mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m ²)	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	80% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥ 30 mg/g) o ERC etapa 3b-5 en			



		tratamiento con IECA o ARA II.			
Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.			
Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	Alcanzar al menos 70%			
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	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.			
Aumentar la cobertura de tratamiento de	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control	mantener cobertura año 2019			



hipertensión en personas de 65 años y más.					
Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control	Mantener la cobertura alcanzada a diciembre 2019			
Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y más bajo control.	Mantener la población inscrita dic año 2019.			
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	100% reciben manejo avanzado de heridas			
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	80% cuentan con un fondo de ojo vigente.			
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	Mantener en relación al 2019			
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)			



	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)			
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar presencial o remoto	Aumentar en 50%			
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 65 años y mas)	25%			
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Porcentaje de Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica	2%			
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados en personas mayores de 65 años y más.	Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	17%			
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más, egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental, factores de riesgo o condicionantes de la salud mental	Alcanzar un 20%			



	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración entre 8 y 12 de controles.			
Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento salud mental al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	100%			
Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral			
	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior			
	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	Incrementar cobertura en un 10% respecto a lo logrado el año anterior			
	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia de cuidados integrales) con	80%			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 255 de 315

Vigencia: 1 año

	retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses				
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco	100%			
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables como factores protectores de ENT.	Porcentaje de población de Personas Mayores con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	15% incremento sobre el año 2019			
Brindar acompañamiento integral a personas mayores para educación en salud, seguimiento de condiciones crónicas y continuidad de la atención en períodos con actividades presenciales disminuidas	Porcentaje de Contacto remoto con personas mayores para acompañamiento y monitoreo desde el centro de salud, identificación de otros factores de riesgo y educación en salud.	Aumentar en un 5% respecto a 2021			
Entregar herramientas para la promoción de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a actividades promocionales de salud mental.	Incrementar en un 10% en relación al año 2019.			
	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a talleres preventivos de salud mental.	Incrementar en un 10% en relación al año 2019.			
Aumentar la cobertura del PACAM en personas mayores de 70 años	Porcentaje de personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Aumentar en 10% la cobertura			



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 256 de 315

Vigencia: 1 año

		respecto al año 2019			
Aumentar la entrega de productos del PACAM a personas mayores con dificultades para el retiro	Porcentaje de Entrega de Productos de Programas Alimentarios en domicilio a personas mayores	Aumentar en un 5% respecto a 2021			
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	Incrementar al menos en un 30% respecto al año 2019			
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	80% con control de seguimiento realizado			



5.2 EVALUACIÓN: RESULTADOS Y/O IMPACTO

			Criterios de Evaluación				
Objetivos	Indicador	Meta	Programático (Evaluación programas de salud)	Análisis de costo efectividad	Análisis de Eficacia	Análisis de Eficiencia	Análisis de Efectividad
Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente	95%					
	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m refuerzo)	95%					
	Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad	90%					



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 258 de 315

Vigencia: 1 año

Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	90%						
Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad	90%						
Porcentaje de niños/as que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	90%						
Porcentaje de niños/as de 18 meses con vacuna hexavalente administrada	95%						
Porcentaje de niños/as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada	90%						
Porcentaje de niños y niñas desde 1° hasta 5° básico con vacuna anti-influenza administrada	90%						
Porcentaje de niñas/os que cursan 5° básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada	90%						
Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico vacuna dTpa administrada	90%						



	Porcentaje de niñas/os que cursan 1° básico con vacuna Tres vírica administrada	90%					
Entregar herramientas para la promoción de la salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres promocionales de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2019					
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Porcentaje de niños/as menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores asisten a talleres preventivos de condiciones de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas)	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2019					
Monitorear la situación de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Cobertura de la aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso de la atención de salud mental	100%					



al ingreso y egreso a programa							
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	17%					
	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica de tratamiento por salud mental	20%					
	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración entre 8 y 12 de controles					
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años	Porcentaje de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod	100%					
	Porcentaje de niñas/os menores de 10 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	48%					
	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 4 años	60%					



Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	25%					
Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6° mes	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60% Alcanzar la meta fijada para el año 2022: 80% de cobertura					
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	10%					
	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5° mes.	80%					
	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	50%					



	Porcentaje de población infantil menor de 5 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional	50%					
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso o déficit	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	60%					
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	60%					
Vigilar la condición nutricional, así como también promover la correcta entrega de productos del PNAC de refuerzo.	Porcentaje de población infantil menor de 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo	Aumentar o mantener el en relación al año anterior					
Aumentar el número de padres	Porcentaje de controles de salud	25%					



(hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas	entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre						
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro significativo de un crecimiento y desarrollo integral en el mejor periodo de desarrollo cerebral	Porcentaje de niños y niños menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo del lenguaje	25%					
	Porcentaje de niños y niños menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo motor	25%					
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	7%					
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la	Cobertura de niños y niñas de 0 a 71 meses bajo control	95%					



adherencia y cobertura del control de salud infantil							
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Porcentaje de aplicaciones de Pauta Breve realizadas al grupo de niños/as en el control de salud de los 4 meses	100%					
	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)	100%					
	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	90%					
	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el	90%					



	control de salud de los 18 meses						
	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	90%					
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	100%					
	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	100%					
	Porcentaje de niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial	Incrementar en un 30 % respecto al año anterior					
Niños y niñas con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquisada en control de salud infantil, ingresan a Sala de	Porcentaje de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que afecte su desarrollo y que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u	80%					



estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	otra modalidad de estimulación)						
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño/a menores de 5 años con déficit de Desarrollo Psicomotor (DSM)	100%					
	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	90%					
Niños/as con déficit o rezago en el desarrollo, que ingresan a Sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	Porcentaje de niños y niñas con rezago u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	100%					
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en adolescentes y jóvenes por demanda	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o consulta espontanea a	Aumentar en un 30% respecto año 2020					



espontánea y/o por morbilidad	adolescentes y jóvenes de 14 -24 años						
	Porcentaje de Test Visual Rápido de VIH realizados por demanda espontánea o consulta de morbilidad a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior					
Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	85%					
	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	90%					
	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	80%					
	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	85%					
Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Porcentaje de muestras baciloscopías procesadas en población de 15-24 años	Aumentar 5%					
Mejorar y mantener la salud bucal de	Mejorar y mantener la salud bucal de	20%					



adolescentes de 10 a 19 años	adolescentes de 10 a 19 años						
Protección y recuperación de la salud buco dental de adolescentes y jóvenes.	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	25%					
Monitorear la situación de salud mental de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en tratamiento por factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, al ingreso y egreso a programa	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años al ingreso y egreso a programa.	100%					
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica de tratamiento de salud mental	20%					
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes	17%					



<p>de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales</p>	<p>de la salud mental y/o trastornos mentales</p> <p>Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.</p>	<p>Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.</p>					
<p>Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que hayan vivido violencia de género</p>	<p>Ingreso de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género</p>	<p>Aumentar los ingresos de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género en relación al año 2019.</p>					
<p>Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco</p>	<p>Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>100% de ingresos y consultas respiratorias con consejería</p>					



Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Mantener o aumentar lo realizado el año 2019					
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.	28%					
Aumentar el ingreso a métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) en adolescentes mujeres con actividad sexual	Porcentaje de adolescentes mujeres de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC)	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019.					
Aumentar el ingreso a uso de preservativo en control de regulación de fertilidad o práctica sexual segura de adolescentes hombres	Porcentaje de adolescentes hombres de 10 a 19 años bajo control que usan preservativo.	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año 2019					
Promover la conducta sexual	Porcentaje de adolescentes y jóvenes	Aumentar en un 30%					



segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes	de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones	respecto año 2020					
Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental y prevención de la violencia de género a adolescentes, jóvenes, sus padres madres, cuidadores y profesores mediante educación grupal.	Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que asisten a talleres promocionales de salud mental	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019					
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	40%					
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Porcentaje control preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019					



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 272 de 315

Vigencia: 1 año

<p>Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes</p>	<p>Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años</p>	<p>Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019</p>					
<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva (EMPA) en hombres de 20 a 24 años</p>	<p>Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años</p>	<p>Mantener número de EMP realizado año 2019</p>					
<p>Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes con padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal</p>	<p>Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que asisten a talleres preventivos de salud mental</p>	<p>Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2019</p>					



Contribuir a mejorar estado nutricional en adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición	Porcentaje de derivación de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS	15%					
Contribuir a mejorar estado nutricional en jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso	Porcentaje de derivación de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso al PEVS	5%					
Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.	Porcentaje de población adolescente con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior					
Aumentar el porcentaje de Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes	Porcentaje de Visitas Domiciliarias Integrales a adolescentes gestantes	100%					
Derivar a toda embarazada adolescente años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a	Porcentaje de gestantes adolescentes derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal.	100%					



atención con especialista							
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	100%					
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses postparto	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	100%					
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses postparto	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto	100%					
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Porcentaje gestantes adolescentes bajo Control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B.	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior					
Aumentar el uso de doble protección (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes	Porcentaje de adolescentes en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	100%					
Aumentar el diagnóstico precoz	Aumento de la toma examen de VIH (test	Línea base					



de VIH en hombres de 25-64 años atendidos por morbilidad	rápido) en hombres de 25-64 años en consultas de morbilidad						
	Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 25-64 años consultantes de morbilidad	10%					
Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años atendidos por demanda espontánea	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en personas de 25-64 años demanda espontánea	Aumentar en un 25%					
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	50%					
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	85%					
	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con 13 y más	85%					



	semanas de gestación con vacunación anti-influenza						
	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes adultas desde las 28 semanas de gestación	80%					
Mejorar la Detección Precoz de la Tuberculosis (TBC)	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	Aumentar 5%					
Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	Aumentar en 5%					
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	Alcanzar al menos 70%					
Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	80%					
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en					



		población general					
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	100%					
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Mantener cobertura año 2019					
	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	Mantener meta de diciembre año 2019					
	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Mantener meta de diciembre año 2019					
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica	100%					



Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV	Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	90%					
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	100%					
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	Mantener cobertura año 2019					
	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Mantener cobertura año 2019					
	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control	Mantener cobertura año 2019					
Mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de	Mantener porcentaje del año 2019					



	HbA1c, LDL y presión arterial						
Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación al total de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	Aumentar el porcentaje con respecto al año anterior					
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años	<p>Porcentaje de Adultos entre 25 y 64 años bajo control por patología respiratoria crónica</p> <p>Cálculo:</p> $\frac{\text{Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS)}}{\text{Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019)}} \times 100$	Mantener cobertura año 2019					
Mejorar la calidad de atención en población con	Población bajo control por asma con nivel de control adecuado	Incrementar en 25% con respecto a					



asma bronquial bajo control	asmática controlada (año vigente)	cumplimiento año base (2019)					
Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)					
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años o más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar / Plan de actividad física (presencial y remoto)	Aumentar 50%					
Brindar atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV ,estrategia de cuidados integrales o HEARTS) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses	80%					
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta Porcentaje de consultas de	25%					



	morbilidad odontológica en población adulta						
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Porcentaje de Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV con alta odontológica	2%					
Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral					
	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%					
	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	Establecer línea base e incrementar cobertura en un 10%					
Entregar herramientas para la promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	1%					



<p>Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años</p>	<p>Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada</p>	<p>Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019</p>					
	<p>Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años</p>	<p>Mantener número de EMPA en hombres de 25-64 años realizado el año 2019</p>					
<p>Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal</p>	<p>Porcentaje de población adulta de 25 a 64 años que asisten a actividades preventivas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género realizadas</p>	<p>1%</p>					
<p>Vigilar la condición nutricional para prevenir o reducir las complicaciones de la malnutrición por exceso.</p>	<p>Porcentaje de Mujeres bajo control del programa de regulación de fertilidad con Dg de Malnutrición por</p>	<p>30%</p>					



	exceso que reciben consulta nutricional						
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019					
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior					
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco de población adulta de 25 a 64 años.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorias agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco	100%					
Disminuir la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años	Porcentaje de personas que se les realiza el tamizaje de consumo de sustancias en el espacio EMPA	100%					
Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	100%					



Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	70%					
Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	100%					
Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	100%					
Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	100%					
Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	Aumentar en 5%					



Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	Aumentar en 5%					
Aumentar la cobertura de los controles pre-concepcionales en mujeres en edad fértil, para la prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles	Incrementar la cantidad de Control preconcepcional en mujeres en edad fértil	Incrementar en un 15% Controles preconcepcionales en mujeres en edad fértil respecto a lo realizado el año anterior.					
Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	80%					
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	100%					
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior					



de riesgo desde el nivel primario de atención	al test de pesquisa de Streptococo Grupo B						
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Aumentar en 3% respecto al año anterior					
Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	100%					
Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	Aumentar en 15%					
Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	100%					



Orientación Técnica							
Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	Aumentar en un 5%					
Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	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					
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	85% de cobertura					
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Porcentaje de muestras de esputo procesadas	aumentar 5%					



	(diagnostico TBC pulmonar)						
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH (todas las técnicas) en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.					
Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.					
Aumentar la pesquisa de personas infectadas por el virus de hepatitis C	Porcentaje de exámenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS	Línea base					
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa					



años bajo control en PSCV.		enfermedad renal crónica.					
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	80% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento o con IECA o ARA II.					
Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.					
Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	Alcanzar al menos 70%					



<p>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM</p>	<p>Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta</p>	<p>El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.</p>					
<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.</p>	<p>Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control</p>	<p>mantener cobertura año 2019</p>					
<p>Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.</p>	<p>Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control</p>	<p>Mantener la cobertura alcanzada a diciembre 2019</p>					
<p>Aumentar la cobertura efectiva de HTA en</p>	<p>Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y más bajo control.</p>	<p>Mantener la población inscrita dic año 2019.</p>					



personas de 65 años y más.							
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	100% reciben manejo avanzado de heridas					
Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	80% cuentan con un fondo de ojo vigente.					
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	Mantener en relación al 2019					
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)					
	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2019)					



Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar presencial o remoto	Aumentar en 50%					
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 65 años y mas)	25%					
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto en el PSCV.	Porcentaje de Personas diabéticas de 65 años y más en control PSCV con alta odontológica	2%					
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados en personas mayores de 65 años y más.	Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	17%					
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más, egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental, factores de	Alcanzar un 20%					



	riesgo o condicionantes de la salud mental						
	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración entre 8 y 12 de controles.					
Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento salud mental al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	100%					
Brindar atención integral a personas con multimorbilidad crónica	Establecimientos que implementan el control integral a personas con multimorbilidad crónica	Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuenten con control integral					
	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior					
	Porcentaje de personas con multimorbilidad	Incrementar cobertura en un 10%					



	crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	respecto a lo logrado el año anterior					
	Porcentaje de personas con enfermedades crónicas (PSCV o estrategia de cuidados integrales) con retiro mínimo de 60 días de medicamentos de uso crónico en los últimos 6 meses	80%					
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorias agudas en salas ERA con consejería breve antitabaco	100%					
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables como factores protectores de ENT.	Porcentaje de población de Personas Mayores con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	15% incremento sobre el año 2019					
Brindar acompañamiento integral a personas mayores para educación en salud, seguimiento de condiciones crónicas y	Porcentaje de Contacto remoto con personas mayores para acompañamiento y monitoreo desde el centro de salud, identificación de otros	Aumentar en un 5% respecto a 2021					



continuidad de la atención en períodos con actividades presenciales disminuidas	factores de riesgo y educación en salud.						
Entregar herramientas para la promoción de salud mental en población adulta mayor de 65 años y más	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a actividades promocionales de salud mental.	Incrementar en un 10% en relación al año 2019.					
	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que asisten a talleres preventivos de salud mental.	Incrementar en un 10% en relación al año 2019.					
Aumentar la cobertura del PACAM en personas mayores de 70 años	Porcentaje de personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año 2019					
Aumentar la entrega de productos del PACAM a personas mayores con dificultades para el retiro	Porcentaje de Entrega de Productos de Programas Alimentarios en domicilio a personas mayores	Aumentar en un 5% respecto a 2021					
Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	Incrementar al menos en un					



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 296 de 315

Vigencia: 1 año

Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)		30% respecto al año 2019					
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	80% con control de seguimiento realizado					



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 297 de 315

Vigencia: 1 año

6. DOTACIÓN DE LA COMUNA 2022

Categoría	Estamento	Nº de funcionarios	Nº de Horas semanales
B	DIRECTORA	1	44
A	MEDICO	0	0
A	ODONTOLOGO	1	44
A	ODONTOLOGO	1	22
A	QUIMICO FARMACEUTICO	1	44
B	ENFERMERA (O)	1	44
B	ENFERMERA (O)	1	44
B	ENFERMERA (O)	1	44
B	MATRONA	1	44
B	MATRONA	1	22
B	KINESIOLOGO	1	44
B	KINESIOLOGO	1	44
B	TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	44
B	NUTRICIONISTA	1	44
B	NUTRICIONISTA	1	33
B	NUTRICIONISTA	1	33
B	EDUCADORA DE PARVULOS	1	44
B	ASISTENTE SOCIAL	1	44
B	TRABAJADORA SOCIAL	1	44
B	CONTADOR AUDITOR	1	44
B	ING. COMERCIAL	1	44
B	PSICOLOGA	1	44
B	PSICOLOGA	1	44
B	PSICOLOGA	1	22
B	PROF. ED. FISICA	1	33
B	FONOAUDIOLOGA	1	22
C	TENS FARMACIA	2	88
C	TENS DENTAL	3	110
C	TENS ESTERILIZACION	2	88
C	TECNICO NIVEL SUPERIOR POSTAS	7	352
C	TENS VACUNAIORIO	2	88
C	TENS PROCEDIMIENTO	2	88
C	TENS SUR	4	176
C	TECNICO NIVEL SUPERIOR OTROS	4	176



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 298 de 315

Vigencia: 1 año

C	ADMINISTRATIVOS NIVEL SUP.	2	88
D	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	44
D	ADMINISTRATIVOS NIVEL MEDIO	2	88
E	ADMINISTRATIVOS	4	176
F	CHOFERES	5	220
F	AUXILIAR DE SERVICIO	5	176
	TOTAL	71	



7. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

COMUNA DE PUQUELDÓN

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A) (Médicos, Odont, QF, etc.)	B) (Otros Profesionales)	C) (Técnicos Nivel Superior)	D) (Técnicos de Salud)	E) (Administrativos Salud)	F) (Auxiliares servicios Salud)			ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS			
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Actualizar conocimientos, adquirir herramientas y habilidades para la entrega de información y orientación.	Introducción a la consejería de Promoción de la Salud Sexual y Prevención de VIH/ SIDA e ITS	0	25	15	2	0	0	42	8	0	0	0	Prof. Encargada, Programa VIH	Encargada de Capacitación	2022
	Aumentar acciones de pesquisa de TBC en el equipo de salud	Tuberculosis: Pesquisa, diagnóstico y tratamiento	0	4	10	0	0	0	14	8	0	0	0	Prof. Encargada, Programa Tuberculosis	Encargada de Capacitación	2022



		Ejecución de Programa Nacional de inmunizaciones (incorporando vacunas covid-19)	0	0	15	0	0	0	15	8		0	0	0	Prof. Enfermera encargada vacunatorio	Encargada de Capacitación	2022
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Adquirir herramientas técnicas en la toma de presión arterial de niños /as	Actualización toma presión arterial infantil	3	8	20	2	0	0	33	8		0	0	0			2022
	Identificar signos y síntomas de VIF	Herramientas para la detección de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	0	0	15	5	0	0	20	8		0	0	0	Prof. Equipo Salud mental	Encargada de Capacitación	2022
	Entregar conocimiento de implementación paulatina de la estrategia en los equipos de salud	Herramientas para la implementación del Modelo de Atención Centrada en la persona con Morbilidad Crónica	0	12	12	0	0	0	24	8		0	0	0	Prof. de CESFAM	Encargada de Capacitación	2022
	Adquirir herramientas técnicas y sociales para el entrenamiento de esta patología en APS	Enfermedades de Alzheimer y otras demencias	0	4	16	2	0	0	22	12		0	0	0	Prof. Medico Encargado Programa Demencia	Gestión clínica/encargada de capacitación	2022



EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Conocer modelos, enfoques, estrategias y herramientas innovadoras, que han resultado exitosas en el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva	Salud sexual y reproductiva en adolescente	3	25	12	2	0	0	42	27	0	0	0	Matrona Prog. Adolescente	Encargada de Capacitación	2022
	Generar estrategias que permitan re educar a la población para disminuir los riesgos asociados a los estilos de vida	Hábitos estilos de vida y autocuidado, desafíos post pandemia	3	29	12	0	0	0	44	8	0	0	0	Prof. Nutricionista CESFAM	Encargada de Capacitación	2022
	Generar consciencia en los usuarios	Estilo de vida saludable	0	29	0	0	0	0	29	8	0	0	0	Prof. Equipo vida sana	Encargada de capacitación	2022
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Incrementar la cobertura de esta presentación en nuestra población a cargo	Evaluación de examen preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)	0	0	20	0	0	0	20	8	0	0	0	Prof. del CESFAM	Encargada de Capacitación	2022



	Fortalecer el criterio clínico para el diagnóstico, manejo y derivación	Quemaduras: Diagnóstico, manejo y derivación	0	0	20	0	0	0	20	20		0	0	0	Prof. Enfermera en cargo de Curaciones	Profesional a cargo	2022
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Herramientas en relación al acceso a la salud de la población migrante	Acceso a la salud a la población migrante	3	10	10	2	8	0	33	8		0	0	0	Prof. Encargada de programa migrante	Encargada de capacitación	2022
EJE ESTRATEGICO 6: Medio ambiente.			0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0			2022
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Adquirir conocimientos sobre el manejo del sistema de Rayen en su versión web.	Manejo y aplicación del software integrado de atención primaria RAYEN	0	4	2	0	5	0	11	8		0	0	0	SSCH	Encargada Salud Familiar	2022
	Obtener conocimiento sobre Excel para realizar un buen manejo de la información de salud.	Manejo de Excel medio/avanzado	0	0	0	0	7	0	7	12		0	0	0	Profe. CESFAM Orieta Ruiz	Encargada de salud familiar/capacitación	2022



EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Fortalecer conocimientos clínico de normativa	Manejo de REAS (conceptos básicos, clínicos y operativos)	0	4	4	0	0	4	12	12	0	0	0	Mutualidad	Comité Paritario, Dirección	2022
	Mejorar la calidad de atención de los usuarios	Capacitación trato usuario	0	0	0	0	7	4	11	8	0	0	0	SSCH	Encargada de capacitación	2022
	Mejorar la calidad de la atención clínica. Disminuir el riesgo de IAAS.	Actualización de infecciones asociadas a la atención de salud	3	10	20	2	6	4	45	8	0	0	0	Mutualidad	Comité Paritario, Dirección	2022
	Conocer conceptos básicos de diversidad sexual y su relación con la atención de salud.	Diversidad sexual: abordaje con adolescente y jóvenes desde la APS	0	10	13	2	5	4	34	12	0	0	0	Prof. Equipo Espacio Amigable	Encargada de capacitación	2022
	EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Perfeccionamiento de cómo prepararse en las distintas etapas de una situación de emergencia o desastre.	Salud Mental en emergencia y desastres	0	0	12	2	0	4	18	8	0	0	0	SSCH	Encargada de capacitación



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 304 de 315

Vigencia: 1 año

8. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Actividades año 2022	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
MINSAL comunica orientaciones	10			
Entidad administradora fija dotación	30			
Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud		10		
Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10 días contados desde la recepción		
Alcalde remitirá el Plan Anual al Servicio de Salud			30	
Servicio de Salud remite Programa de Capacitación Comunal aprobados a Ministerio de Salud			30	
Servicio de Salud entrega observaciones al alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud			30	
Entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre				30



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 305 de 315

Vigencia: 1 año

9. PRESUPUESTO

Item		Ingresos proyectados		
		Gastos Proyectados	Per cápita	Municipal
1. Gastos personal	en	1.017.472.000	884.626.000	131.846.000
2. Bienes y Servicios	y	367.398.000	364.304.000	5.094.000
3. Adquisición de bienes activos no financieros		8.500.000	6.500.000	1.000.000
Total presupuesto 2022		1.393.370.000	1.255.430.000	137.940.000



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 306 de 315

Vigencia: 1 año

10. PLAN SALUDABLEMENTE

Este Programa está enfocado en la población que se atiende en Establecimientos de Atención Primaria de Salud, para que puedan acceder con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad, a través de estrategias de fortalecimiento, considerando aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, basadas en las Orientaciones de Salud Familiar e Integral.

Objetivo General:

Contribuir a elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas, familias y comunidades a través de la promoción de salud mental positiva, mejorar la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales, y entregar la atención integral de salud, en el, contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

Objetivos Específicos:

Detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

Desarrollar estrategias y acciones para la prevención de factores de riesgo (de la salud mental) y los trastornos mentales de acuerdo a la realidad local y sus determinantes sociales, planificadas por curso de vida, a través de intervenciones preventivas y el apoyo a grupos de autoayuda, tanto a nivel individual como colectivo.

Desarrollar acciones de atención y cuidados de salud mental por curso de vida; detectar precozmente, diagnosticar y proporcionar una atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores con trastornos mentales.

Para este Programa se considera un Profesional Psicólogo con 44 hrs semanales.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 307 de 315

Vigencia: 1 año

11. PLANES DE CONTINGENCIA CONTEXTO COVID-19

Durante el periodo de contingencia, la atención primaria de salud ha debido priorizar sus acciones y reorganizar su trabajo para poder enfrentar la pandemia COVID 19. Por este motivo y debido al escenario sanitario actual, las estrategias en el centro de salud tuvieron que ser modificadas.

Para el año 2022 se planea mantener el sistema de vigilancia desarrollado y perfeccionado por el equipo de salud, desarrollando estrategias locales de testeo, trazabilidad y aislamiento socio- sanitario, lo que implica la reorganización de funciones, esto especialmente en el supuesto que la comuna estuviera con brotes o situaciones críticas, con el fin de desarrollar una acción eficaz y coordinada.

Existen atenciones críticas impostergables, que tendrán que ser realizadas independiente de la fase en que la comuna se encuentre. Las demás atenciones serán guiadas por las orientaciones para actividades de atención primaria en contexto COVID-19, emanada desde el servicio de salud Chiloé. Estas se irán analizando una a una junto al equipo de Epidemiología del establecimiento, considerando recurso humano, movilización, conductores, espacio físico, etc.

La directora del establecimiento estará a cargo de velar por el cumplimiento de este plan, en caso de ausentarse por motivos de reuniones o licencias médicas, la persona que asumirá este rol será la subdirectora.

Todas las modificaciones que se realicen dentro de este plan serán informadas al Comité de Emergencia (COE) de la comuna.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 308 de 315

Vigencia: 1 año

- **Controles y consultas críticas impostergables:**

Se suspenden rondas de todo tipo, hasta que puedan ser reconsideradas. Esto dependerá de la cantidad de casos activos en la comuna.

Farmacia en funcionamiento habitual, sin embargo, realizará la entrega de medicamentos para adultos mayores en domicilio junto a sus productos alimentarios.

Consulta de morbilidad: con disponibilidad médica desde las 08:00 a 20:00 horas.

- **Consulta y /o controles médicos:**

Disponibilidad de horas de morbilidad desde las 08:00 a 20:00 horas.

Control telefónico y/o visita a pacientes en estudio COVID-19 u otras patología respiratorias.

Todas las atenciones dependen del paso en el cual se encuentre la comuna. (orientaciones de atenciones paso a paso).

Las atenciones críticas impostergables se tendrán que realizar independiente del paso en el cual se encuentre la comuna.

Personal se distribuye a otras funciones de ser requerido.

- **Salud de la Mujer:**

Atención normal de 08:00 a 17:00 hrs.

Apoyo de Urgencias Gineco-obstétricas de ser necesario.

Existe un Facebook matrona Puqueldón. Este se encuentra a cargo de la matrona, quien es la responsable de subir información relevante.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 309 de 315

Vigencia: 1 año

- **Dental:**

Todas las atenciones dependen del paso en el cual se encuentre la comuna. (orientaciones de atenciones paso a paso).

Todo tipo de atenciones se realizará bajo extremas medidas de prevención, respetando a cabalidad las orientaciones entregadas por los referentes. Sobre todo, cuando se utilicen turbinas.

Urgencias dentales

desde las 08:30 a las 17:00 horas.

El personal se distribuye a otras funciones de ser requerido.

- **Salud mental:**

Equipo conformado por psicólogo/a y asistente social del CESFAM.

Elaborarán un plan de salud mental para emergencias y desastres, para funcionarios y otro comunitario en el cual se comunicarán con asistente social de la Municipalidad.

Además, deberán seguir en coordinación y en vigilancia de los pacientes crónicos que requieran alguna atención médica o derivación a nivel secundario.

Continuar o responder a los requerimientos de tribunales al igual que los demás profesionales, según corresponda.

Todas las atenciones dependerán del paso en el cual se encuentre la comuna. (orientaciones de atenciones paso a paso).

Las atenciones críticas impostergables se tendrán que realizar independiente del paso en el cual se encuentre la comuna.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 310 de 315

Vigencia: 1 año

- **Enfermería:**

Campaña de Vacunación, según calendarización por Equipo del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) del establecimiento.

Vacunación de todos los adultos mayores, embarazadas y pacientes con patologías inmunosupresoras a domicilio, según calendarización.

Vacunatorio del CESFAM funcionando para los otros grupos objetivos, evitando aglomeraciones.

Visitas domiciliarias a usuarios con dependencia severa.

Todas las atenciones dependerá del paso en el cual se encuentre la comuna. (orientaciones de atenciones paso a paso).

Las atenciones críticas impostergables se tendrán que realizar independiente del paso en el cual se encuentre la comuna.

Curaciones en domicilio

Rehabilitación y Kinesiología Respiratoria:

Visitas domiciliarias a pacientes con necesidades de Kinesiterapia Respiratoria y O2 dependiente.

Visitas domiciliarias para pacientes con rehabilitación requerida tales como endoprótesis de caderas o alguna otra cirugía reciente que lo amerite.

Se incorpora al estamento de kinesiología a la toma de PCR.



- **Profesionales de otras áreas:**

Trabajando en difusión de información relevante a nuestra población.

Colaborar según se requiera en la estrategia de Testeo, trazabilidad y aislamiento (TTA), tales funciones serán designadas por la directora del establecimiento, dentro de las cuales se encuentran las labores de trazadores, delegados de seguimientos, difusión de operativos de búsqueda activa de casos, educación sobre normas de autocuidado en usuarios internos y externos.

- **Programa Alimentario:**

Entrega de productos a domicilio a los AM que no dispongan de alguien que pueda realizar el retiro.

- **Toma de Muestras:**

Se realiza toma de muestras a pacientes crónicos descompensados, embarazadas y patologías agudas (especialmente con sintomatología respiratoria y que médico solicite).

Se prioriza la toma de muestras en domicilio.

- **Farmacia:**


La entrega de medicamentos de forma mensual y en domicilio a los adultos mayores de la comuna.

Nuestro stock crítico se encuentra disponible en farmacia.

- **Insumos:**

Los insumos se encuentran en la bodega de abastecimiento a cargo del Encargado de Insumos del establecimiento.

La compra de insumos será a medida que los proveedores dispongan de ellos.

	<p>PLAN DE SALUD COMUNAL 2022</p> <p>CENTRO DE SALUD FAMILIAR PUQUELDÓN</p>	Versión: 1.1
		Página: 312 de 315
		Vigencia: 1 año

- **Capacitación:**

Todas las actualizaciones serán informadas a través de correo electrónico y por vía WhatsApp (grupo del establecimiento), en el cual están todos los funcionarios.

Agendamiento de horas en forma remota:

Controles para niños menores de 6 meses se realizarán a domicilio, donde a través de SOME se avisará al paciente y se acordará día y hora para asistir.

Los controles para embarazadas serán coordinados por SOME y matronas del establecimiento.

Se priorizará a pacientes crónicos descompensados para visitas domiciliarias, tanto por médico, nutricionista y enfermera según sea la necesidad del paciente. Estos serán coordinados por el TENS encargado del programa cardiovascular y TENS de posta de salud rural.

Consultas por psicóloga y asistente social por vía remota o por visitas domiciliarias dependiendo de la necesidad del paciente.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 313 de 315

Vigencia: 1 año

ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD - ECICEP

Población Objetivo:

Personas en situación de cronicidad, quienes reciban una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud, pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo.

Actividades:

- Orientadas según la complejidad de las personas.
- Énfasis apoyo al automanejo para todos los niveles.
- Equipo clínico de cabecera para cada usuario que ejecuta y coordina un plan de intervención ajustado a las necesidades individuales.

Resultados obtenidos:

- Disminución de consultas hacia el Servicio de Urgencia Rural por descompensación de patologías crónicas.
- Disminución de días de estadía hospitalaria y el costo económico asociado.
- Mejora la calidad de vida en salud.
- Favorece la autoeficacia en el automanejo de su multimorbilidad.

Estratificación por riesgo

Población intervenida:

- Población de 15 o más años.
- Beneficiaria del sistema público de salud.
- Las personas deben estar inscritas en sus centros de salud.

Clasificación de riesgo

G0: Personas sanas con o sin factores de riesgo.

G1: Presencia de una condición crónica.

G2: Presencia de multimorbilidad (2 - 4 condiciones crónicas).

G3: Presencia de multimorbilidad cronicidad compleja, (5 o más condiciones crónicas).

PIRÁMIDE DE ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN



Para implementar esta estrategia a nivel local, se disminuirá la población objetivo considerando criterios de inclusión locales, correspondientes a:

- Ausencia de red de apoyo
- Hospitalizaciones recurrentes
- Nivel de compensación de patología
- Vulnerabilidad social
- Adherencia al tratamiento.



PLAN DE SALUD COMUNAL 2022

CENTRO DE SALUD FAMILIAR
PUQUELDÓN

Versión: 1.1

Página: 315 de 315

Vigencia: 1 año

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Decreto 29, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157353>
2. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Reporte Comunal Puqueldón, disponible en: https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2021&idcom=10206
3. CESFAM Puqueldón, 2021, Plan de Salud Comunal
4. Minsal, 2014. Norma técnica de auditorías de defunciones por neumonía en domicilio, disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/NORMA_TECNICA_DEFUNCIONES_POR_NEUMONIA_web.pdf
5. Minsal, 2020. Matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida, disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf
6. Minsal, 2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red 2022, disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf
7. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>