I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO

DECRETO ALCALDICIO N° 000013

QUINTERO, 04 ENE. 2019

VISTOS:

1. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para los años 2017 – 2019;*

2. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para el año 2019;*

3. *La Sesión Ordinaria N° 3 del Concejo Municipal de fecha 11 de enero del 2017 que aprueba el Plan de Salud Comunal para los años 2017 – 2019;*

4. *La Sesión Ordinaria N°72 del Concejo Municipal de fecha 05 de diciembre del 2018 que aprueba el Plan de Salud Comunal año 2019;*

5. *Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.*

DECRETO

1. ***APRUEBESE,*** *en su totalidad, El Plan de Salud Comunal para la Comuna de Quintero 2019 documento el cual consta de 88 páginas entre las cuales se detalla: Diagnostico de la situación comunal, Recurso Humano – Dotación, Plan de cuidados de Salud de la Población, Plan de Capacitación.*

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
SECRETARIO MUNICIPAL

YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
ALCALDE

MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

Distribución:

1. *Contraloría Regional*
2. *Alcaldía.*
3. *Administrador Municipal.*
4. *Secretaría Municipal.*
5. *Personal*
6. *Dirección Administración y Finanzas*
7. *Control.*
8. *Departamento de Salud.*
9. *Interesado*

MCP/YGS/JAE/agc.-

PLAN SALUD COMUNAL QUINTERO







I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2019

NOVIEMBRE 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.-Introducción

- Historia de Quintero
- Departamento de Salud de Atención Primaria Municipal

II.-Diagnóstico de la Situación Comunal

1. **Caracterización Poblacional**
   - 1.1. Tamaño Poblacional
   - 1.2. Estructura por grupos de edades
   - 1.3. Distribución por sexo
   - 1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad)
2. **Factores Condicionantes y Determinantes Sociales**
   - 2.1. Geográficos
   - 2.2. Medio Ambientales
   - 2.3. Acceso y Comunicación
   - 2.4. Étnicos
   - 2.5. Culturales
   - 2.6. Socioeconómicos
   - 2.7. Educacionales
   - 2.8. Vivienda
   - 2.9. Servicios Básicos y Saneamiento
   - 2.10. Seguridad Social
   - 2.11. Desarrollo Comunitario
   - 2.12. Sector Salud
     - 2.12.1. Organización de la Red Asistencial
     - 2.12.2. Flujos de Derivación
     - 2.12.3. Recursos Materiales
     - 2.12.4. Recursos Financieros
     - 2.12.5. Recursos Humanos
3. **Daño en Salud**
   - 3.1. Tasas de Mortalidad
     - 3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)
     - 3.1.2. Mortalidad Infantil
     - 3.1.3. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia
     - 3.1.4. Mortalidad del Adulto
     - 3.1.5. Mortalidad del Adulto Mayor

3.1.6. Mortalidad por Causas
3.2. Esperanza de Vida al nacer
3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)
3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
3.5. Indicadores de Morbilidad
3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)
3.8. Exámenes de Salud
3.9. Egresos Hospitalarios
3.10. Pensiones de Invalidez
3.11. Problemas de Salud Percibidos por la población (Diagnóstico Participativo)
3.12. Problemas de Salud Prioritarios

III.- Plan de Cuidados de Salud de la Población

IV.-Plan de Capacitación

V.- Referencias Bibliográficas

I.- INTRODUCCIÓN

- **HISTORIA DE QUINTERO**

La bahía de Quintero, fue descubierta a fines de 1536 por el capitán español don Alonso de Quintero, quien al mando de la nave Santiaguillo acompañaba con hierro, telas y otros materiales a las huestes del descubridor don Diego de Almagro. Alonso de Quintero recala en esta bahía a mediados de 1536, en busca del Adelantado y al ver tan hermoso lugar le coloca su nombre, y así lo establece en la carta de navegación que dibuja.

Cerca de Quintero, en el área de Chilicauquen, pasaba el Camino del Inca, obra de la ciencia de ingeniería indígena, que nacía en la ciudad del Cuzco, en Perú para llegar a la zona central de Chile.

Esta bahía no vuelve a ser visitada hasta 1587, año en que llega el corsario inglés Thomas Cavendish, este se abastece de agua, leña y algunos alimentos, pero su tranquilidad se rompe cuando soldados enviados desde Santiago por el corregidor Alonso Campofrío de Carvajal, que al tomar conocimiento de la llegada de los extranjeros, los envía a desalojar, produciéndose la primera batalla de este tipo en tierra chilena.

Los ingleses son vencidos, algunos de ellos mueren y otros son tomados prisioneros y llevados a Santiago, los más logran huir y refugiarse en el roquerío frente a Loncura, desde donde son rescatados por las embarcaciones inglesas.

En 1601, estos terrenos fueron entregados en Encomienda al soldado español de noble linaje Simón Diez de Hidalgo, natural de Toledo, y que se había destacado en la guerra de Arauco. Este desarrolla la agricultura, especialmente la plantación de vides. Vive en el sector hasta 1624, fecha en que enferma y muere en Quillota. En 1615 recala en la bahía otro corsario, esta vez es el marino alemán Joris Spilpergen, al mando de una flota de seis buques.

Los primeros en habitar Quintero como puerto de mar fueron los jesuitas, quienes lo empezaron a utilizar como tal para sacar por este punto la producción de sus haciendas que iban desde Viña del Mar hasta sus tierras de Ocoa.

En 1822, llega a Quintero el ilustre vicealmirante Tomás Alejandro Cochrane, Conde Dundonald, quien había adquirido una hacienda al sudeste de la península que cierra por el sur de la bahía de Quintero. Se construye una casa de dos pisos en la ladera oriente del Cerro Centinela, trae nuevas semillas para la actividad agrícola, abre los potreros a los pescadores. En esa época recibe a su amiga la escritora Mary Graham en su casa, y ella vive el terremoto de 1822, el que describe en su libro Diario de Mi Residencia en Chile. También describe las bellezas de Quintero, en especial su avifauna.

El 24 de noviembre de 1865, el Presidente José Joaquín Pérez dicta un Decreto Ley que dice " Créase el Puerto Mayor de Quintero, en la bahía que lleva su nombre".

En 1870 el intendente de Valparaíso, admirador de Lord Cochrane impulsa la idea de convertir este lugar en Población Cochrane, pero la idea no prospera.

En 1891, en la extensa playa de la herradura de Quintero las tropas Congresistas contrarias a Balmaceda al mando del capitán de navío Jorge Montt, desembarcan en plena guerra civil para dirigirse a Concón y Placilla, lugares en que se desarrollan dos cruentas batallas.

Antes en 1871, Luis Cousiño Squella motivado por Benjamín Vicuña Mackenna había comprado la península y amplias franjas de terreno de su zona rural. La familia Cousiño inicia la formación de Quintero como ciudad, y mediante decreto 4.004 el Presidente Barros Luco aprueba el 7 de septiembre de 1912 el plano de la población de Quintero " que forma parte de los planos presentados por don Alberto Cousiño, concesionario del ferrocarril de San Pedro a Quintero".

Creación de la comuna y su municipalidad:

El 22 de diciembre de 1891, nace la Ilustre Municipalidad de Quintero, cuando mediante el Decreto 2297 del Ministerio del Interior, el Presidente Montt crea las 195 Comunas Autónomas con sus propias Municipalidades, la número 55 de ese decreto es Quintero.

Tiene en sus inicios el territorio de tres subdelegaciones 17 Quintero, 18 Puchuncaví y 19 Boco.
En 1921 se establece la Armada, y en 1930 en su lugar se instala la Fuerza Aérea de Chile.

- **DEPARTAMENTO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL**

En abril del año 2010 se formó el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero, el cual contempló la implementación de un centro de salud en
Loncura. La Posta Rural de Salud inaugurada un día martes 25 de octubre 2011, el costo aproximado de la obra fue de aproximadamente 220 millones de pesos.

El Departamento de Salud con la posta de Salud Rural son una entidad joven, con proyecciones humanitarias, enfocadas al trato eficiente, eficaz y con calidez hacia la población, lo cual ha significado la migración continua de usuarios desde otras dependencias de salud.

Visión: Ser un establecimiento de atención primaria de salud incorporado a un sistema y con alianzas de trabajo con su comunidad y el sector para potenciar el auto cuidado y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, la familia, la comunidad y su entorno.

Misión: Equipo de salud que otorga atención de salud a su población beneficiaria con un modelo de enfoque familiar continuo y articulado a una red asistencial, a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y de su entorno natural, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

Objetivo: La Posta de Salud Rural de Loncura tiene como objetivo aportar en la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial mejorando el acceso, oportunidad y resolución de los problemas de salud de su comunidad.

II.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

1.- CARACTERIZACION POBLACIONAL

1.1 Tamaño Poblacional

Tabla nº 1: Tamaño Poblacional según Proyecciones Poblacionales del INE 2002-2020

	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
TOTAL	**28.124**	**100**	**28.581**	**100**	**29.035**	**100**	**29.480**	**100**
HOMBRE	13.800	49	14.018	49	14.233	49	14.447	49
MUJERES	14.324	51	14.563	51	14.802	51	15.033	51

Fuente: INE

1.2 Estructura por grupos Etarios.

La población de Quintero representa un 1,8% de la población regional (Tabla nº 2). La distribución por grupo etarios según las proyecciones poblacionales del INE, muestra que los porcentajes de la comuna están en proporción casi igualitaria a la regional, en los subgrupos de edad.

Tabla nº 2: Población según Grupos Etarios, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	COMUNA QUINTERO Nº	%	REGIÓN DEL VALPARAISO Nº	%
Menor de 15 años	6.624	20,7	346.131	19,1
15 a 44 años	13.141	41,2	777.719	42,8
45 a 64 años	7.900	24,8	444.939	24,5
65 y más años	4.258	13,3	247.113	13,6
TOTAL	**31.923**	**100**	**1.815.902**	**100**

Fuente: Censo 2017.

1.3 Distribución por Sexo.

En la distribución de la población según las proyecciones poblacionales INE, el rango etario que predomina es entre los 15 a 44 años. En relación a la distribución por sexo en su totalidad predominan las mujeres.

Tabla nº 3: Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	3.424	21,6	3.200	19,9
15 a 44 años	6.591	41,6	6.550	40,7
45 a 64 años	3.888	24,6	4.012	24,9
65 años y mas	1.931	12,2	2.327	14,5
TOTAL	15.834	100	16.089	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. INE.

1.4 Crecimiento Poblacional

Al realizar un estudio de la población de la comuna para los años 2015 al 2020, se puede apreciar que según la proyección de crecimiento población, la tasa de crecimiento anual va en disminución gradual, principalmente en los años 2018 – 2019 (Tabla n°4).

La tasa de natalidad de la comuna de Quintero está por sobre la tasa de natalidad nacional y regional. (Tabla nº 5)

Tabla nº 4: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020. Comuna de Quintero

	AÑOS						Variacion % periodo 2015-2020
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
POBLACION COMUNAL	**27,667**	**28,124**	**28,581**	**29,035**	**29,48**	**29,931**	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL%		**1,65**	**1,62**	**1,58**	**1,53**	**1,52**	**7,9**
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIONAL %		**0,93**	**0,91**	**0,88**	**0,85**	**0,83**	**4,4**

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020 1.36

Tabla nº 5: Tasa de Natalidad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2016

Territorio	Natalidad	Tasa *
COMUNA DE QUINTERO	370	14.1
REGIÓN DE VALPARAÍSO	22.165	13.0
PAÍS	231.721	13.6

Fuente: DEIS, 2016 (*) Tasas por 1.000 habitantes Nacidos vivos corregidos

2.- FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES SOCIALES

2.1 GEOGRÁFICOS.

La comuna de Quintero se encuentra localizada en la V Región, específicamente en el litoral norte de la Provincia de Valparaíso. Se ubica a 50 kilómetros de Valparaíso y a 41 kilómetros Viña del Mar. Se accede a través de las Rutas F-30 E, F-210. Dista a 170 Kilómetros de Santiago, a través de las Rutas 5, F-20, E- 30 F y F- 210. De Mendoza (República Argentina) dista a 484 Kilómetros y se accede a través de las Rutas 60, 5, F - 30 E y 210. Asimismo, dista a 141 Kilómetros, de Los Andes, a 45 Kilómetros de Quillota y a 22 Kilómetros de Concón.

Sus Límites corresponden a: al norte, con la comuna de Puchuncaví, al Este con la comuna de Quillota, al sur con la comuna de Concón de la cual la separa el río Aconcagua y al Oeste limita con el Océano Pacífico.

Se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el mar, cuenta con una superficie de 174 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,43 % de la superficie regional.

2.2 MEDIO AMBIENTALES

Principales Unidades Geomorfológicas

En términos geomorfológicos, se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el océano Pacífico, la cual constituye una formación rocosa denominada Horcón, que sustenta formaciones dunarias.

En general, el relieve es llano, con escasas pendientes; en la zona litoral se presentan dos accidentes geográficos determinantes para la habitabilidad y el desarrollo económico de la comuna: una península y una bahía; hacia el oriente de la comuna, existen zonas de relleno fluvial relacionadas con la cuenca del río Aconcagua.

La comuna de Quintero posee dos de las seis cuencas de mayor extensión de la V región, lo que implica que en sus zonas rurales, haya un gran potencial agrícola, considerando los rellenos acuíferos respectivos.

Clima

Climáticamente, se encuentra en la zona mediterránea, asociada a biomas subtropicales por sus condiciones climáticas y geográficas, especialmente al bosque esclerófilo. Posee una temperatura media de 14,8°C, con precipitaciones medias de 300 mm/año. Su tipo climático según clasificación Köppen-Geiger, corresponde al Csb oceánico mediterráneo (verano suave), caracterizado por temperaturas templadas cálidas con lluvias invernales, estación seca prolongada y gran nubosidad. La evaporación máxima absoluta de 14.000 ml/m2 y su mínima absoluta de 100 ml/m2. Los vientos Suroeste son los predominantes, con una velocidad media de 26 km/h (Rojas, 2008).

Humedales

Quintero sorprende con verdaderos oasis llenos de vida silvestre y de exuberante vegetación. Humedales que muestran un rostro prácticamente desconocido de la comuna, ubicados en distintos lugares de la comuna, El Bato, Loncura, Ritoque y Mantagua

En el Bato, dentro de la planta de lubricantes copec. Ubicada en el camino costero de Loncura, se encuentra un pequeño humedal en donde se pueden avistar aves tales como el famoso siete colores que viven en la mayoría de los humedales del sector. Patos silvestres, águilas, entre otras aves. La flora del lugar, compuesta por nalcas o pangue, colas de zorro, familias de hongos, canelos, palqui, y enormes árboles que rodean el lugar brindando protección al humedal.

El humedal bosque de Petras, declarado santuario de la naturaleza, por estar bajo la protección de la fuerza aérea, tiene una superficie que abarca aproximadamente 42 hectáreas de terreno, de los cuales 5,6 Hc. lo constituye un área boscosa de petras, canelos y peumos, entre otros árboles nativos. Hay también pajonales y lagunas, en que habitan unas 60 especies de aves. Rodeando el pajonal, se extiende un conchal, evidencia de los antiguos habitantes de la zona; en él se encuentran restos de moluscos y bivalvos, fragmentos cerámicos, ceniza y piedras de antiguos fogones.

La actual permanencia del bosque se debe al afloramiento de aguas subterráneas que otorgan la humedad suficiente a las especies que lo componen, propia de latitudes más sureñas, lo que avala la hipótesis de un clima más húmedo para la zona en tiempos geológicos recientes. El afloramiento de la napa freática, permite apreciar una transición de la vegetación, lo que permite observar variedades, típicas de zonas más húmedas, como la nalca, junto a la conocida totora y el trome, también se observa el contraste entre la pradera silvestre y el bosque.

El bosque se constituye en un refugio natural adecuado para la alimentación, descanso y reproducción de un número importante de especies nativas. (www.ualberta.ca)

El humedal de Ritoque, por la cercanía de este humedal con el bosque de petras, existe la posibilidad que compartan sus napas.

Contaminación Ambiental con incidencia en la salud de la población en Quintero.

Este año 2018, en el mes de Agosto (21.08.18), se generó una de las situaciones más complejas en materia medioambiental que ha ocurrido en la Región de Valparaíso y que afectó en su estado de salud, en primera parte a 53 personas las cuáles provenían de establecimientos educacionales de la comuna, evacuando a los afectados de manera inmediata a los distintos centros asistenciales de Quintero.

Posteriormente ocurrieron una serie de hechos similares, declarando dos veces alerta amarilla en la zona hasta el 24 de Septiembre de este año. Sin embargo la Contralaría General de la República aprobó el decreto de Alerta Sanitaria en Quintero y Puchuncaví desde el día 25 de Septiembre del 2018 hasta el 30 de Marzo del 2019, donde permitirá al Seremi de Salud de la Región de Valparaíso, paralizar o disminuir las faenas de las empresas cuando se presenten condiciones atmosféricas adversas.

Esta realidad Medio Ambiental en la comuna de Quintero data de la década de los 50, específicamente en la localidad de Ventanas, lo cual dio el paso para crear el cordón industrial de toda esta zona conocida a nivel nacional.

Uno de los principales puntos de conflicto que la comunidad señala, es la falta de fiscalización y regulación de normas medio ambientales establecidas por la OMS de todos los procesos que se ejecutan en

el polo industrial, además de la falta de pruebas clínicas cuantitativas (exámenes) para determinar el estado actual de salud de las personas que están permanentemente en contacto con los productos que emanan de las empresas en cuestión y que genera incidencia en la cotidianeidad de las personas.

2.3 ACCESO Y COMUNICACIÓN

Acceso

Las principales vías de acceso a la comuna de Quintero corresponde a la siguiente: las rutas F-20 y F160, F-30-E, F-210 y F-212 ejes que unen los centros urbanos del borde costero de la bahía con centros urbanos de mayor jerarquía como Viña del Mar, Concón, etc.

La ruta F-30-E se enlaza con la ruta F-210 que conecta la localidad de Loncura y la ciudad de Quintero. La ruta F-30-E sigue hacia el norte, conectando los balnearios de Maitencillo, Zapallar y Cachagua.

Complementariamente a lo anterior, los medios de transporte, en la ciudad de Quintero, permiten el traslado tanto a centros urbanos intermedios como Concón y Puchuncaví, como a centros urbanos regionales y metropolitanos, como Valparaíso y Santiago. No obstante, la cantidad de líneas para estos traslados se limitan a las siguientes: Costa Azul y Sol del Pacífico para las rutas Quintero – Concón – Viña del Mar – Valparaíso (F-210 y E-30-E, Ruta 60); y Pulman Bus, Palmira, Golondrina y Cóndor Bus, para la ruta Quintero – Santiago (F-210 y E-30-E, Ruta 60 y Ruta 68).

Por otra parte, el sector rural de Quintero no cuenta con medio de transporte hacia el interior de la zona, solo en la localidad de Loncura existe presencia de transporte público y taxis colectivos que circula constantemente pero con una frecuencia irregular.

Comunicación

Los medios de comunicación televisivos presentes en la comuna comunas corresponden a señales nacionales abiertas, televisión por cable y de tipo satelital. En cuanto a las radioemisoras, existe cuatro radio comunal (Radio Quintero 105.7 MHz FM - Radio Favorita 107.3 MHz FM, Radio Loncura 93.7 MHz FM, Radio Las Petras FM), sumado a aquellas radioemisoras que transmiten a nivel nacional y regional; misma situación acontece a nivel de prensa escrita, donde existen solo aquellos medios de circulación nacional y regional.

Los medios de mayor presencia en la zona se encuentran:

- Medios escritos: Diario "El Observador" y "El Contraplano" pasquín de distribución escrita.
- Radio emisoras: Radio Quintero, Radio Favorita, Radio Loncura, Radio Petras.
- Canales de televisión: "Canal de la Costa".
- Sitios web: http://www.muniquintero.cl/ (portal de noticias municipal).

2.4 ÉTNICOS

En relación a las etnias presentes en la comuna se censaron 254 personas que pertenecen a un grupo étnico 131 hombres y 123 mujeres. Las etnias existentes corresponden a las siguientes (Tabla nº 6)

Tabla nº 6: Población según Etnia declarada, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

ETNIA	% Según Territorio		
	Comuna	Región	País
Diaguita	3,0	5,7	4,1
Aymara	3,8	4,9	7,2
Mapuche	84,3	77,3	79,8
Rapanui	0,8	3,8	0,4
Otras	3.4	3,9	5,4
Ignorado	4,7	4,4	3,1
TOTAL	100	100	100

Fuente: censo 2017
Etnia corresponde al 7% de la Población total.

2.5 CULTURALES

En el mes de Noviembre del 2013, en la comuna de Quintero se crea la Corporación Municipal de Cultura y Turismo, la cual se plantea desafíos en el área de Cultura y Patrimonio de la Municipalidad que están directamente relacionados con el rescate del "Patrimonio Cultural Quinterano", el conocer y reconocer su historia, mitología y su difusión para la comunidad, no sólo lograr que sea consciente de la misma, sino también esperar ser parte de un presente comunitario que reconozca y valore su propia tradición.

Una de las particularidades de Quintero, es que tiene mucha tradición a destacar, desde arquitectura patrimonial, patrimonio natural y ambiental e historia, todo este capital cultural es una fuente de vida y desarrollo de la comuna.

Actualmente la I. Municipalidad se encuentra desarrollando algunos talleres artísticos como teatro y la Orquesta Juvenil Municipal, los cuales representan un primer acercamiento de la cultura y del desarrollo continuo de estas actividades, hacia la población.

Otro aspecto importante es el relacionado con identidad histórica, actualmente se incentiva a los ciudadanos a conocer su historia y sus patrimonios culturales a través del Museo de la comuna, rico en antigüedades, además recientemente fue inaugurada la Restauración de la "Casa Estación".

Entre proyectos se encuentra la recuperación la Puntilla de San Fuentes y la Cueva del Pirata, los cuales cobijan parte importante de la historia de la comuna y que se encuentran en situaciónn de abandono.

En la Comuna de Quintero existen dos Monumentos Nacionales declarados que se identifican a continuación:

- **Casa y Bodega ex Hacienda Santa Rosa de Colmo**, desde el año 1987
- **Santuario de la Naturaleza Bosques de Petras**, desde el año 1993

Dentro de las fiestas tradicionales de la comuna se encuentran:

"Cristo Sumergido Rey del Universo": celebración devota que la I. municipalidad de Quintero realiza en conjunto con la Parroquia Santa Filomena y que convoca a más de 20 bailes religiosos de todo el país.

La **"Fiesta de San Pedro"** festividad en que pescadores celebran a su santo patrono San Pedro con bailes religiosos

La **"Fiesta de la Primavera"** celebración que no se realizaba en la comuna desde hace 40 años. La administración municipal en conjunto con la corporación de la cultura comenzó a rescatar esta tradición desde el año 2015.

2.6 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

De acuerdo a los Reportes Comunales de 2014, proporcionados por el Ministerio de Desarrollo Social, "se observa que en la comuna la población de 20 años de edad y más que está afiliada al seguro de cesantía (25,4%) supera levemente el porcentaje observado a nivel regional pero está bajo el valor alcanzado a nivel nacional (24,9% y 32, 9 % respectivamente) además en Quintero, una mayor proporción de los afiliados tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido.

La alta tasa de trabajadores por cuenta propia, revela la precariedad laboral, y por ende, bajos ingresos y ausencia de previsión social, frente a lo cual el municipio ha implementado de manera permanente programas de inserción laboral, a través de su Oficina de Intermediación Laboral.

Tipo	Porcentaje
Empleados/obreros asalariados	60,40%
Trabajadores por cuenta propia: carpinteros, albañiles, gasfitería, pescadores artesanales.	31,70%

Ocupación y Cesantía

Según la estimación de la pobreza se puede decir que la comuna de Quintero bajo su tasa de pobreza en 3.1 puntos porcentuales, entre los año 2013 y 2015, pero aún está lejos de alcanzar la tasa a nivel regional y nacional

Tabla Nº 7: Estimación de Incidencia de pobreza (%). Comuna de Quintero, Región del Valparaíso, 2015

Territorio	2013	2015	Diferencia pobreza 2013-2015(puntos porcentuales)
COMUNA*	18.9	15.8	-3.1
REGIÓN	15.6	12.0	-3.6
PAÍS	14,4	11.7	-2.7

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2017

*** Sólo estimaciones comunales son SAE, la información que se refiere a regiones y país provienen de medición a partir de Casen 2015.**

Tabla Nº 8: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Quintero, 2017

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidios Monetarios	Ingreso Monetario
Comunal	S/R	S/R	S/R
Nacional	915.484	31.113	946.597

Fuente: Encuesta CASEN, Ministerio de Desarrollo Social.2017.
Reporte Estadístico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Tabla Nº 9: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2014-2016

Rubro Empresa	Comuna		
	2014	2015	2016
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA	1.010	936	749
PESCA	460	414	446
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	8	1	0
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	687	233	226
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS METALICAS	237	288	121
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	11	12	12
CONSTRUCCION	2.335	2.659	3.232
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR, REP VEHAUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	614	671	711
HOTELES Y RESTAURANTES	311	315	310
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	270	268	326
INTERMEDIACION FINANCIERA	11	6	10
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	207	192	286
ADM PUBLICA Y DEFENSA, PLANES DE SEG SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	849	882	853
ENSEÑANZA	328	340	319
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	15	31	52
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIAS, SOCIALES Y PERSONALES	45	43	59
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	12	11	2
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	0	0	0
SIN INFORMACION	19	14	16

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

2.7 EDUCACIONALES

Tabla N° 10: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	11.8
REGIÓN	11.4
PAÍS	11.2

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla N° 11: Establecimientos educacionales por dependencia. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso.

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Corporación Municipal	0	0	144	141	1.106	1.088
Municipal DAEM	6	6	318	315	4.225	4.108
Particular Subvencionado	10	10	705	690	6.065	5.866
Particular Pagado	0	0	99	97	595	671
Corporación de Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Total	16	16	1.272	1.249	12.061	11.749

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 12: Resultados SIMCE Cuarto Básico 2015, 2016, 2017.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

4to Básico	Comuna			Región			País		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Lectura	241	240	245	263	263	264	265	267	269
Matemática	219	225	250	256	259	258	260	262	261

http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 13: Resultados SIMCE Segundo Medio 2016, 2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

2do Medio	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Lectura	197	247	248	252	247	252
Matemática	207	246	266	266	266	266

Fuente: http://www.agenciaeducacion.cl/

Tabla N°14: Resultados promedio PSU por dependencia 2016-2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

PSU Promedio por Dependencia	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Municipal	402	445	427,86	431,42	453,77	457,19

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

2.8 VIVIENDA

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de último Censo 2017, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor que el porcentaje de hogares en esta misma situación que los datos a nivel país, pero mayor a nivel regional.

Tabla N° 15: Calidad de la vivienda. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017.

	COMUNAL	NACIONAL
IM Aceptables	81%	83%
IM Recuperables	18%	15%
IM Irrecuperables	1%	2%

Fuente: Censo 2017.
(IM: índice de materialidad)

Tabla Nº 16: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	**85.9**	86.4	83.8
Con Hacinamiento	**14.10**	13.60	16.20
Total	**100**	100	100

Fuente: Reporte Comunal: Quintero, Región de Valparaíso 2017.

2.9 SERVICIO BASICO Y SANEAMIENTO

De acuerdo a los datos recopilados es posible observar que la zona urbana de la Comuna de Quintero cuenta con los servicios básicos de Agua Potable, Electricidad y Alcantarillado. La escasez de estos servicios se explica por la ausencia de ellos en la parte rural de la comuna, las localidades de Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo, Loncura, cuentan con el servicio de agua potable rural.

Actualmente se encuentra en proceso el proyecto de alcantarillado para la localidad de Loncura.

Tabla N°17: Cobertura de Servicios básicos de la Comuna de Quintero.

Antecedentes de Infraestructura	
Cobertura de Agua potable (%)	**99.6**
Cobertura de Alcantarillado (%)	**90.1**
Cobertura de Luz eléctrica (%)	**97**

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2012

Tabla N° 18: Indicador de Saneamiento. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
COMUNA	**10.04**
REGIÓN	12
PAÍS	16.98

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2013

2.9 SEGURIDAD SOCIAL

La información sobre denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS)(delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) se registran en forma separada y además las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados.

En términos de evolución, en el país el año 2011 las tasas de denuncias de DMCS y VIF sufren un pequeño aumento respecto a 2010. Luego, el año 2012 ambas bajan, pero las de DMCS vuelve a subir llegando el año 2014 a 2.801,2 denuncias por cada 100.000 habitantes; sin embargo las denuncias de VIF sigue a la baja hasta llegar el año 2014 a 587,5 denuncias por cada 100.000 habitantes.

Tabla N° 19: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de Delitos de Mayor Connotación Social 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	4.310,06	3.711,43	4.258,09
Región de Valparaíso	2.899,35	2.801,14	2.725,21
País	2.801,19	2.701,25	2.528,22

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla N° 20: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de violencia intrafamiliar 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	649,66	721,06	816,92
Región de Valparaíso	566,69	532,99	496,97
País	587,52	541	519,62

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla Nº 21: Distribución de la Población Sistema Previsional de Salud FONASA Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Diciembre 2017.

Tramo de Ingreso	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	4.976	25,75	305.732	21,32	3.275.666	23,83
B	5.815	30,09	509.146	35,51	4.528.687	32,95
C	3.611	18,69	281.912	19,66	2.617.340	19,04
D	4.922	25,47	336.946	23,50	3.321.594	24,17
Total	19.324	100	1.433.738	100	13.926.475	100

Fuente: Reporte Estadístico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017

2.11 DESARROLLO COMUNITARIO

Tabla N° 22: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso. 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	14	25	26
Centros de Madres	3	14	1
Centros de Padres y Apoderados	5	19	4
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	22	47	31
Juntas de Vecinos	14	43	25
Uniones Comunales	2	2	3
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	62	39	55
Compañías de Bomberos	2	2	2
Centros Culturales	6	1	10
Organizaciones Comunitarias (suma total)	130	192	157

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

2.12 SECTOR SALUD

2.12.1 Organización de la Red Asistencial

La Red Asistencial de la comuna de Quintero está constituida por un Hospital de baja complejidad con un consultorio adosado, el cual es de administración del Servicio de Salud y está ubicado en la península de Quintero. Y la Posta de Salud Rural Loncura la cual es el primer centro de Atención Primaria de Salud (APS) de administración municipal, y está ubicado en la Localidad de Loncura. Esta Micro-red está inserta en la Red Asistencial del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota que es el quinto Servicio más grande del país y está constituida por centros de distintos niveles de complejidad organizados en base a redes de referencia y contrarreferencia conformadas por Centros de Atención primaria de Salud, Hospitales Comunitarios, de Baja Complejidad y Hospitales Autogestionados en Red (hospitales de alta complejidad)

insertos en las Áreas de Salud definidas administrativamente por el SS. Estas son: Viña del Mar, Quilpué, Quillota y Petorca. Las comunas que considera cada Área de Salud, el número y tipo de establecimientos por área de salud se informan en las tablas que se muestran a continuación:

Tipo Establecimiento	Area Viña	Area Quilpué	Area Quillota	Area Petorca
H. Alta Complejidad	1	1	1	0
H.Baja Complejidad	1	1	3	3
CAE	1	1	1	
Centros de Salud y CESFAM	13	8	11	3
SAPU	6	2	1	
CECOSF	3	0	3	1
Posta Salud Rural	2	1	8	15
Estación Médico Rural			8	19
Otros	*2		*1	

*CESAM en Limache y Concón
Módulo Odontológico Simón Bolivar en Viña del Mar

2.12.2 Flujo de Derivación

Las derivaciones de pacientes desde Hospital Adriana Cousiño, tanto atención abierta como cerrada, son al Hospital de mayor complejidad de la red asistencial que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke.
La Posta de salud Rural de Loncura realiza sus derivaciones al nivel segundario y terciario de salud por medio de interconsultas otorgadas por los profesionales durante la atención al Hospital Dr. Gustavo Fricke, y sus derivaciones de urgencia al Hospital Adriana Cousiño.

Por otro lado el Hospital deriva pacientes a una red asistencial extra servicio que comprende las derivaciones hacia y desde otros hospitales regionales y nacionales como por ejemplo:

.-Hospital Van Buren, Valparaíso

.-Hospital Psiquiátrico Putaendo.

.-Hospital El Salvador, Valparaíso.

.-Vínculos con otras instituciones relacionadas, como el Instituto de Salud Pública e Instituto Médico Legal.

Además existe una Red Privada a la cual se accede a las prestaciones de las instituciones privadas a través de las compras de servicios por licitación y, en el caso de la compra de camas, a través de la plataforma de la UGCC (Unidad de Gestión de Camas Críticas) del MINSAL.

Establecimiento
Hospital Naval "Almirante Neff"
Clínica Reñaca
Clínica Los Carrera
Clínica Niños y Cunas
Clínica Ciudad del Mar
Hospital Clínico Viña del Mar
Instituto de Seguridad del Trabajo IST Viña del Mar
Clínica Los Abetos
Serviclinica (ex Clínica Nueva Los Leones)
Clínica Miraflores
Hospital Valparaíso.
Hospital del Trabajador ACHS de Valparaíso

En relación a la Red Privada, la Posta de Salud de Loncura también accede a ella a través de compra de servicios por licitación, gracias a los convenios entre el Servicio de Salud viña del Mar Quillota y la I. Municipalidad de Quintero se ha podido otorgar a la comunidad mayor resolutividad, acceso y equidad para las prestaciones de oftalmología, otorrino, exámenes (Mamografías, radiografías, ecotomografía).

2.12.3 Recursos Materiales

En comuna de Quintero existe un hospital de baja complejidad con un consultorio adosado y una Posta de Salud Rural de administración Municipal.

El Hospital Adriana Cousiño cuenta con **Servicios Clínicos** de medicina, urgencia, maternidad, pediatría y dental; un **Consultorio** que otorga prestaciones de Atención Primaria de Salud; **Unidades de Apoyo** como esterilización, lavandería, alimentación, laboratorio clínico, equipo de radiografía, farmacia , unidad de salud mental, pabellón de cirugía menor; **Servicios y Unidades Administrativas** como movilización, abastecimiento, contabilidad, informativa, archivo.

El Departamento de Salud Municipal tiene a su cargo la **Posta de Salud Rural de Loncura**, que tiene 5 años de funcionamiento otorgando las 103 prestaciones de **Atención Primaria de Salud**, cuenta con **Unidades de Apoyo** como Farmacia, compra de servicio de esterilización y exámenes, **Unidad de Servicio de Urgencia Rural** (SUR) con **Ambulancia** que se encuentra operativa, su funcionamiento es de 24 horas

del día de lunes a domingo, También cuenta con una camioneta 4x4 para las visitas domiciliarias, tanto en el sector urbano como rural, de pacientes postrados y otras.

2.12.4 Recursos Financieros

Tabla N° 23: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Municipio	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido) (M$)	Ingresos Totales Área Salud Descontadas las Transferencias del Municipio al Sector (M$)	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M$)	Gastos Salud (Gasto Total Devengado) (M$)	Gasto en Personal del Sector Salud (M$)	Gastos del Funcionamiento del Sector Salud (M$)
QUINTERO	1.253.939	1.253.939	797.108	1.018.454	702.106.488	84.785.837

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo. *2017*

2.12.5 Recursos Humanos

DOTACION 2019

CATEGORIA	HRS
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD	44
MEDICO	99
ODONTOLOGO	44
QUIMICO FARMACEUTICO	88
KINESIOLOGA	88
ASISTENTE SOCIAL	44
ENFERMERA	176
MATRONA	88
PSICOLOGA	88
NUTRICIONISTA	44
PROFESIONAL CATEGORIA B ENCARGADO PARTICIPACIÓN	44
INGENIERO (INFORMATICA - COMERCIAL- ADMINISTRACION)	132
ADMINISTRADOR PUBLICO	44
TEC ADMINISTRACION	88
TEC SERVICIO SOCIAL	44
TEC ENFERMERIA	528
TEC ODONTOLOGIA	44
AUXILIAR FARMACIA	88
ADMINISTRATIVO (ADMINISTRACION – ADQUISICIONES – FINANZAS – FARMACIA - SOME)	220
CONDUCTOR	264
AUXILIAR DE SERVICIO (ASEO - RECEPCIONISTA- SERVICIOS GENERALES)	220
TOTAL	**2475**

3.- DAÑO EN SALUD

3.1 Tasa de Mortalidad

3.1.1 Mortalidad Genera (Índice de Swaroop)

La tasa de mortalidad general e índice de swaroop, en la comuna de Quintero cuenta con una tasa menor al índice regional y mayor al nacional de mortalidad general. Según el índice Swaroop la población de la comuna de Quintero fallece a mayor edad que la regional y nacional. (Tabla nº 21)

Tabla nº 24: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Chile 2014

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
COMUNA	**6.0**	**6.1**	**6.0**	**82.3%**	**85.2%**	**79.5%**
REGIÓN	6.7	7.1	6.3	82.2%	77.9%	87%
PAÍS	5,7	6.1	5.3	77.9%	72.7%	83.7%

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

* Por 1.000 habitantes

3.1.2 Mortalidad Infantil

Tabla nº 25: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 dias)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
COMUNA	**5.1**	**5.1**	**0.0**
REGIÓN	6.1	4.2	1.9
PAÍS	7.2	5.2	2.0

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

* Tasa por 1.000 nacidos vivos

Tabla Nº 26: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de Quintero, desde año 2008 a 2012

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
2012	14.6	6.1	77	18.3
2011	15.1	6.0	82.3%	5.1
2010	14.5	6.3	81.3%	10.9
2009	14.6	6.5	78.7	10.9
2008	13.7	6.08	76	0.0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

3.1.3 Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla nº 27: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez 1-4 años	Tasa de Mortalidad de la Niñez 5-9 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 10-14 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 15-19 años
COMUNA	**6.4**	**0.0**	**0.0**	**5.2**
REGIÓN	2.2	0.8	1.2	3.7
PAÍS	2.9	1.4	1.6	4.3

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.4 Mortalidad del Adulto

Tabla nº 28: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**10.4**	**14.7**	**37.7**	**31.5**
REGIÓN	11.9	5.9	62.5	32.7
PAÍS	13.7	5.6	60.5	33.8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.5 Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla nº 29: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**26.3**	**21.3**	**121.2**	**76.6**
REGIÓN	30.4	17.4	134.0	101.6
PAÍS	28.7	17.6	128.6	98.8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo

3.1.6 Mortalidad por Causas

Tabla nº 30: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región de Valparaíso 2013- 2014

GRUPOS DE CAUSAS		2013				2014			
		PAÍS		REGIÓN		PAÍS		REGIÓN	
		Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
	Total de Causas [1]	**99.770**	**5,7**	**11.762**	**5,86**	**101.960**	**5,7**	**12.106**	**6,7**
	[2]								
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.867	10,6	294	16,4	1.928	10,8	303	16,7
C00-D48	Tumores (neoplasias)	1.095	6,2	3.035	169,5	1.030	5,8	3.119	172,5
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.876	27,7	571	32	5.188	29,1	581	32,1
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	2.064	11,7	244	13,6	1.836	10,3	227	12,6
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	3.706	21	440	24,6	3.584	20,1	433	23,9
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	27.660	157	3.617	202	28.064	157,5	3.525	194,9
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	10.269	58,2	1.122	62,7	10.448	58,6	1.198	66,3
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	7.349	41,7	833	46,5	7.469	41,9	789	43,6
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	2.883	16,4	402	22,5	3.073	17,2	461	25,5
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	762	4,3	71	4	842	4,7	61	3,4
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	927	5,3	76	4,2	971	5,4	92	5,1
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2.195	12,4	231	12,9	2.618	14,7	376	20,8
V01-Y98	Causas externas	7.617	43,2	679	37,9	7.746	43,5	752	41,6

Resto de códigos	Resto de causas	21.715	123,2	147	8,2	27.163	152,4	189	10,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2013-2014
[1] tasa total calculado *1.000
[2] tasas de causas calculadas *100.000

3.2 Esperanza de Vida al nacer

Tabla nº 31: Esperanza de vida al nacer, comuna de Quintero. Región de Valparaíso 2013

	PAIS	REGION	COMUNA
Esperanza de vida al nacer de mujeres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	81,5	81,2	79,9
Esperanza de vida al nacer de hombres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	75,5	75,3	74,6
Años de diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres. 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	6,0	5,9	5,3

Fuente: Observatorio Social, Reportes Comunales de caracterización social 2013

3.3 Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

Según el **Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal, Julio 2008**, se observa el comportamiento de los AVISA por causa específica para Chile. La primera causa específica de AVISA en Chile corresponde a la Enfermedad hipertensiva, la que está compuesta por hipertensión arterial y enfermedad cardiaca hipertensiva. Estos resultados son coherentes con la alta magnitud de la prevalencia de hipertensión en Chile. En el segundo lugar se sitúan los trastornos depresivos unipolares, los trastornos de las

vías biliares y vesícula, la dependencia al alcohol y la cirrosis hepática. Todas patologías que se deben prevenir y pesquisar a tiempo en Atención Primaria de Salud

3.4 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 32: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Año								
	2012			2013			2014		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	161	2.091	82.2	166	2.072	77.5	164	1.830	67.2
REGIÓN	11.667	123.826	70.7	11.762	126.316	70.5	12.106	122.610	67.8

Fuente: DEIS

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se construye con la suma de los AVPP de las personas que en un año determinado fallecieron antes de alcanzar los 80 años de edad, por 100.000 habitantes

3.5 Indicadores de Prestación de Salud

La OMS ha definido **Indicadores** como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. Uno de estos rubros son las prestaciones de atención de salud (de actividad), los cuales se visualizan a continuación:

Tabla N°33: Índice de Atención Primaria de Salud (IAAPS), 2017

	AÑO 2017	
	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA ESPERADA SEGÚN IAAPS
HIPERTENCION	35.3%	57.2%
DIABETES MELLITUS	23.26%	35%
TRASTORNOS MENTALES	17.06%	17%
ASMA EPOC	15.32%	22%
EMPA HOMBRES	18.77%	17.7%
EMPA MUJERES	24.72 %	26.9%
EMPAM	61.41%	60.06%
INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS	87.06%	95%
PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	48.18%	24%
GESTIÓN DE RECLAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	100%	100%
COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	100%	94%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	0.23	0.24

Tabla N° 34: Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria Ley 19.813, 2017

	AÑO	2017
	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROPUESTA
RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	100%	90%
REDUCCION DEL NUMERO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS SIN PAP VIGENTE.	98.4%	Reducir en un 20% brecha
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	83.24%	80%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA EN EMBARAZADAS	78.82%	78.7%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA NIÑOS/AS DE 6 AÑOS	100%	97%

AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA	23.48%	35%
AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON HTA CONTROLADA.	48.92%	57.2%
COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	63.9%	66.7%
CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE	100%	100%
EVALUACION ANUAL PIE EN PERSONAS CON DIABETES EN CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS.	76.57%	75%

Hipertensión Arterial es un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo de esta patología logrando la compensación en el tiempo de la presión arterial, siendo esta significativa en la prevención del daño.

Tabla N° 35: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Hipertensión controlada.2017

HIPERTENSION	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor a 140/90 mmHg	**579**	200	379
Mayor o igual a 140/90 mmHg	**314**	100	214
Sin clasificar	**48**	23	25
TOTAL	**941**	323	618

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético, es por esto que se requiere que los establecimientos de salud

hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición.

Tabla N° 36: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Diabetes controlada

DIABETES MELLITUS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor de 7 HbA1c	**206**	103	103
de 7 a 8,9 HbA1c	**179**	64	114
9 y más HbA1c	**39**	19	20
Sin clasificar	**84**	39	45
Total	**410**	226	282

Fuente:-Censo diciembre 2017, Serie P

Las dislipidemias es uno de los factores de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC).

Tabla N° 37: Población de Dislipidémicos bajo control, según nivel de colesterol total

DISLIPIDEMICOS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor 200	**52**	24	28
Desde 201 a 239	**50**	22	28
240 y más	**56**	27	29
Sin clasificar	**65**	31	34
total	**223**	104	119

Fuente: Censo diciembre 2015, Serie P

Tabla N° 38: Población bajo control en Programa Cardiovascular, según Riesgo Cardiovascular

RIESGO CARDIOVASCULAR	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
BAJO	**36**	18	18
MODERADO	**529**	177	352
ALTO	**510**	228	282
Total	**1075**	423	652

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO

DECRETO ALCALDICIO N° 000013

QUINTERO, 04 ENE. 2019

VISTOS:

1. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para los años 2017 – 2019;*

2. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para el año 2019;*

3. *La Sesión Ordinaria N° 3 del Concejo Municipal de fecha 11 de enero del 2017 que aprueba el Plan de Salud Comunal para los años 2017 – 2019;*

4. *La Sesión Ordinaria N°72 del Concejo Municipal de fecha 05 de diciembre del 2018 que aprueba el Plan de Salud Comunal año 2019;*

5. *Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.*

DECRETO

1. ***APRUEBESE,*** *en su totalidad, El Plan de Salud Comunal para la Comuna de Quintero 2019 documento el cual consta de 88 páginas entre las cuales se detalla: Diagnostico de la situación comunal, Recurso Humano – Dotación, Plan de cuidados de Salud de la Población, Plan de Capacitación.*

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
SECRETARIO MUNICIPAL

YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
ALCALDE

MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

Distribución:

1. *Contraloría Regional*
2. *Alcaldía.*
3. *Administrador Municipal.*
4. *Secretaría Municipal.*
5. *Personal*
6. *Dirección Administración y Finanzas*
7. *Control.*
8. *Departamento de Salud.*
9. *Interesado*

MCP/YGS/JAE/agc.-

PLAN SALUD COMUNAL QUINTERO







I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2019

NOVIEMBRE 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.-Introducción

- Historia de Quintero
- Departamento de Salud de Atención Primaria Municipal

II.-Diagnóstico de la Situación Comunal

1. **Caracterización Poblacional**
   1.1. Tamaño Poblacional
   1.2. Estructura por grupos de edades
   1.3. Distribución por sexo
   1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad)
2. **Factores Condicionantes y Determinantes Sociales**
   2.1. Geográficos
   2.2. Medio Ambientales
   2.3. Acceso y Comunicación
   2.4. Étnicos
   2.5. Culturales
   2.6. Socioeconómicos
   2.7. Educacionales
   2.8. Vivienda
   2.9. Servicios Básicos y Saneamiento
   2.10. Seguridad Social
   2.11. Desarrollo Comunitario
   2.12. Sector Salud
      2.12.1. Organización de la Red Asistencial
      2.12.2. Flujos de Derivación
      2.12.3. Recursos Materiales
      2.12.4. Recursos Financieros
      2.12.5. Recursos Humanos
3. **Daño en Salud**
   3.1. Tasas de Mortalidad
      3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)
      3.1.2. Mortalidad Infantil
      3.1.3. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia
      3.1.4. Mortalidad del Adulto
      3.1.5. Mortalidad del Adulto Mayor

3.1.6. Mortalidad por Causas
3.2. Esperanza de Vida al nacer
3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)
3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
3.5. Indicadores de Morbilidad
3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)
3.8. Exámenes de Salud
3.9. Egresos Hospitalarios
3.10. Pensiones de Invalidez
3.11. Problemas de Salud Percibidos por la población (Diagnóstico Participativo)
3.12. Problemas de Salud Prioritarios

III.- Plan de Cuidados de Salud de la Población

IV.-Plan de Capacitación

V.- Referencias Bibliográficas

I.- INTRODUCCIÓN

- **HISTORIA DE QUINTERO**

La bahía de Quintero, fue descubierta a fines de 1536 por el capitán español don Alonso de Quintero, quien al mando de la nave Santiaguillo acompañaba con hierro, telas y otros materiales a las huestes del descubridor don Diego de Almagro. Alonso de Quintero recala en esta bahía a mediados de 1536, en busca del Adelantado y al ver tan hermoso lugar le coloca su nombre, y así lo establece en la carta de navegación que dibuja.

Cerca de Quintero, en el área de Chilicauquen, pasaba el Camino del Inca, obra de la ciencia de ingeniería indígena, que nacía en la ciudad del Cuzco, en Perú para llegar a la zona central de Chile.

Esta bahía no vuelve a ser visitada hasta 1587, año en que llega el corsario inglés Thomas Cavendish, este se abastece de agua, leña y algunos alimentos, pero su tranquilidad se rompe cuando soldados enviados desde Santiago por el corregidor Alonso Campofrío de Carvajal, que al tomar conocimiento de la llegada de los extranjeros, los envía a desalojar, produciéndose la primera batalla de este tipo en tierra chilena.

Los ingleses son vencidos, algunos de ellos mueren y otros son tomados prisioneros y llevados a Santiago, los más logran huir y refugiarse en el roquerío frente a Loncura, desde donde son rescatados por las embarcaciones inglesas.

En 1601, estos terrenos fueron entregados en Encomienda al soldado español de noble linaje Simón Diez de Hidalgo, natural de Toledo, y que se había destacado en la guerra de Arauco. Este desarrolla la agricultura, especialmente la plantación de vides. Vive en el sector hasta 1624, fecha en que enferma y muere en Quillota. En 1615 recala en la bahía otro corsario, esta vez es el marino alemán Joris Spilpergen, al mando de una flota de seis buques.

Los primeros en habitar Quintero como puerto de mar fueron los jesuitas, quienes lo empezaron a utilizar como tal para sacar por este punto la producción de sus haciendas que iban desde Viña del Mar hasta sus tierras de Ocoa.

En 1822, llega a Quintero el ilustre vicealmirante Tomás Alejandro Cochrane, Conde Dundonald, quien había adquirido una hacienda al sudeste de la península que cierra por el sur de la bahía de Quintero. Se construye una casa de dos pisos en la ladera oriente del Cerro Centinela, trae nuevas semillas para la actividad agrícola, abre los potreros a los pescadores. En esa época recibe a su amiga la escritora Mary Graham en su casa, y ella vive el terremoto de 1822, el que describe en su libro Diario de Mi Residencia en Chile. También describe las bellezas de Quintero, en especial su avifauna.

El 24 de noviembre de 1865, el Presidente José Joaquín Pérez dicta un Decreto Ley que dice " Créase el Puerto Mayor de Quintero, en la bahía que lleva su nombre".

En 1870 el intendente de Valparaíso, admirador de Lord Cochrane impulsa la idea de convertir este lugar en Población Cochrane, pero la idea no prospera.

En 1891, en la extensa playa de la herradura de Quintero las tropas Congresistas contrarias a Balmaceda al mando del capitán de navío Jorge Montt, desembarcan en plena guerra civil para dirigirse a Concón y Placilla, lugares en que se desarrollan dos cruentas batallas.

Antes en 1871, Luis Cousiño Squella motivado por Benjamín Vicuña Mackenna había comprado la península y amplias franjas de terreno de su zona rural. La familia Cousiño inicia la formación de Quintero como ciudad, y mediante decreto 4.004 el Presidente Barros Luco aprueba el 7 de septiembre de 1912 el plano de la población de Quintero " que forma parte de los planos presentados por don Alberto Cousiño, concesionario del ferrocarril de San Pedro a Quintero".

Creación de la comuna y su municipalidad:

El 22 de diciembre de 1891, nace la Ilustre Municipalidad de Quintero, cuando mediante el Decreto 2297 del Ministerio del Interior, el Presidente Montt crea las 195 Comunas Autónomas con sus propias Municipalidades, la número 55 de ese decreto es Quintero.

Tiene en sus inicios el territorio de tres subdelegaciones 17 Quintero, 18 Puchuncaví y 19 Boco.
En 1921 se establece la Armada, y en 1930 en su lugar se instala la Fuerza Aérea de Chile.

- **DEPARTAMENTO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL**

En abril del año 2010 se formó el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero, el cual contempló la implementación de un centro de salud en
Loncura. La Posta Rural de Salud inaugurada un día martes 25 de octubre 2011, el costo aproximado de la obra fue de aproximadamente 220 millones de pesos.

El Departamento de Salud con la posta de Salud Rural son una entidad joven, con proyecciones humanitarias, enfocadas al trato eficiente, eficaz y con calidez hacia la población, lo cual ha significado la migración continua de usuarios desde otras dependencias de salud.

Visión: Ser un establecimiento de atención primaria de salud incorporado a un sistema y con alianzas de trabajo con su comunidad y el sector para potenciar el auto cuidado y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, la familia, la comunidad y su entorno.

Misión: Equipo de salud que otorga atención de salud a su población beneficiaria con un modelo de enfoque familiar continuo y articulado a una red asistencial, a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y de su entorno natural, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

Objetivo: La Posta de Salud Rural de Loncura tiene como objetivo aportar en la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial mejorando el acceso, oportunidad y resolución de los problemas de salud de su comunidad.

II.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

1.- CARACTERIZACION POBLACIONAL

1.1 Tamaño Poblacional

Tabla nº 1: Tamaño Poblacional según Proyecciones Poblacionales del INE 2002-2020

	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
TOTAL	**28.124**	**100**	**28.581**	**100**	**29.035**	**100**	**29.480**	**100**
HOMBRE	13.800	49	14.018	49	14.233	49	14.447	49
MUJERES	14.324	51	14.563	51	14.802	51	15.033	51

Fuente: INE

1.2 Estructura por grupos Etarios.

La población de Quintero representa un 1,8% de la población regional (Tabla nº 2). La distribución por grupo etarios según las proyecciones poblacionales del INE, muestra que los porcentajes de la comuna están en proporción casi igualitaria a la regional, en los subgrupos de edad.

Tabla nº 2: Población según Grupos Etarios, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	COMUNA QUINTERO Nº	%	REGIÓN DEL VALPARAISO Nº	%
Menor de 15 años	6.624	20,7	346.131	19,1
15 a 44 años	13.141	41,2	777.719	42,8
45 a 64 años	7.900	24,8	444.939	24,5
65 y más años	4.258	13,3	247.113	13,6
TOTAL	**31.923**	**100**	**1.815.902**	**100**

Fuente: Censo 2017.

1.3 Distribución por Sexo.

En la distribución de la población según las proyecciones poblacionales INE, el rango etario que predomina es entre los 15 a 44 años. En relación a la distribución por sexo en su totalidad predominan las mujeres.

Tabla nº 3: Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	3.424	21,6	3.200	19,9
15 a 44 años	6.591	41,6	6.550	40,7
45 a 64 años	3.888	24,6	4.012	24,9
65 años y mas	1.931	12,2	2.327	14,5
TOTAL	15.834	100	16.089	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. INE.

1.4 Crecimiento Poblacional

Al realizar un estudio de la población de la comuna para los años 2015 al 2020, se puede apreciar que según la proyección de crecimiento población, la tasa de crecimiento anual va en disminución gradual, principalmente en los años 2018 – 2019 (Tabla n°4).

La tasa de natalidad de la comuna de Quintero está por sobre la tasa de natalidad nacional y regional. (Tabla nº 5)

Tabla nº 4: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020. Comuna de Quintero

	AÑOS						Variación % periodo 2015-2020
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
POBLACION COMUNAL	**27,667**	**28,124**	**28,581**	**29,035**	**29,48**	**29,931**	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL%		**1,65**	**1,62**	**1,58**	**1,53**	**1,52**	**7,9**
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIONAL %		**0,93**	**0,91**	**0,88**	**0,85**	**0,83**	**4,4**

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020 1.36

Tabla nº 5: Tasa de Natalidad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2016

Territorio	Natalidad	Tasa *
COMUNA DE QUINTERO	370	14.1
REGIÓN DE VALPARAÍSO	22.165	13.0
PAÍS	231.721	13.6

Fuente: DEIS, 2016 (*) Tasas por 1.000 habitantes Nacidos vivos corregidos

2.- FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES SOCIALES

2.1 GEOGRÁFICOS.

La comuna de Quintero se encuentra localizada en la V Región, específicamente en el litoral norte de la Provincia de Valparaíso. Se ubica a 50 kilómetros de Valparaíso y a 41 kilómetros Viña del Mar. Se accede a través de las Rutas F-30 E, F-210. Dista a 170 Kilómetros de Santiago, a través de las Rutas 5, F-20, E- 30 F y F- 210. De Mendoza (República Argentina) dista a 484 Kilómetros y se accede a través de las Rutas 60, 5, F - 30 E y 210. Asimismo, dista a 141 Kilómetros, de Los Andes, a 45 Kilómetros de Quillota y a 22 Kilómetros de Concón.

Sus Límites corresponden a: al norte, con la comuna de Puchuncaví, al Este con la comuna de Quillota, al sur con la comuna de Concón de la cual la separa el río Aconcagua y al Oeste limita con el Océano Pacífico.

Se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el mar, cuenta con una superficie de 174 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,43 % de la superficie regional.

2.2 MEDIO AMBIENTALES

Principales Unidades Geomorfológicas

En términos geomorfológicos, se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el océano Pacífico, la cual constituye una formación rocosa denominada Horcón, que sustenta formaciones dunarias.

En general, el relieve es llano, con escasas pendientes; en la zona litoral se presentan dos accidentes geográficos determinantes para la habitabilidad y el desarrollo económico de la comuna: una península y una bahía; hacia el oriente de la comuna, existen zonas de relleno fluvial relacionadas con la cuenca del río Aconcagua.

La comuna de Quintero posee dos de las seis cuencas de mayor extensión de la V región, lo que implica que en sus zonas rurales, haya un gran potencial agrícola, considerando los rellenos acuíferos respectivos.

Clima

Climáticamente, se encuentra en la zona mediterránea, asociada a biomas subtropicales por sus condiciones climáticas y geográficas, especialmente al bosque esclerófilo. Posee una temperatura media de 14,8°C, con precipitaciones medias de 300 mm/año. Su tipo climático según clasificación Köppen-Geiger, corresponde al Csb oceánico mediterráneo (verano suave), caracterizado por temperaturas templadas cálidas con lluvias invernales, estación seca prolongada y gran nubosidad. La evaporación máxima absoluta de 14.000 ml/m2 y su mínima absoluta de 100 ml/m2. Los vientos Suroeste son los predominantes, con una velocidad media de 26 km/h (Rojas, 2008).

Humedales

Quintero sorprende con verdaderos oasis llenos de vida silvestre y de exuberante vegetación. Humedales que muestran un rostro prácticamente desconocido de la comuna, ubicados en distintos lugares de la comuna, El Bato, Loncura, Ritoque y Mantagua

En el Bato, dentro de la planta de lubricantes copec. Ubicada en el camino costero de Loncura, se encuentra un pequeño humedal en donde se pueden avistar aves tales como el famoso siete colores que viven en la mayoría de los humedales del sector. Patos silvestres, águilas, entre otras aves. La flora del lugar, compuesta por nalcas o pangue, colas de zorro, familias de hongos, canelos, palqui, y enormes árboles que rodean el lugar brindando protección al humedal.

El humedal bosque de Petras, declarado santuario de la naturaleza, por estar bajo la protección de la fuerza aérea, tiene una superficie que abarca aproximadamente 42 hectáreas de terreno, de los cuales 5,6 Hc. lo constituye un área boscosa de petras, canelos y peumos, entre otros árboles nativos. Hay también pajonales y lagunas, en que habitan unas 60 especies de aves. Rodeando el pajonal, se extiende un conchal, evidencia de los antiguos habitantes de la zona; en él se encuentran restos de moluscos y bivalvos, fragmentos cerámicos, ceniza y piedras de antiguos fogones.

La actual permanencia del bosque se debe al afloramiento de aguas subterráneas que otorgan la humedad suficiente a las especies que lo componen, propia de latitudes más sureñas, lo que avala la hipótesis de un clima más húmedo para la zona en tiempos geológicos recientes. El afloramiento de la napa freática, permite apreciar una transición de la vegetación, lo que permite observar variedades, típicas de zonas más húmedas, como la nalca, junto a la conocida totora y el trome, también se observa el contraste entre la pradera silvestre y el bosque.

El bosque se constituye en un refugio natural adecuado para la alimentación, descanso y reproducción de un número importante de especies nativas. (www.ualberta.ca)

El humedal de Ritoque, por la cercanía de este humedal con el bosque de petras, existe la posibilidad que compartan sus napas.

Contaminación Ambiental con incidencia en la salud de la población en Quintero.

Este año 2018, en el mes de Agosto (21.08.18), se generó una de las situaciones más complejas en materia medioambiental que ha ocurrido en la Región de Valparaíso y que afectó en su estado de salud, en primera parte a 53 personas las cuáles provenían de establecimientos educacionales de la comuna, evacuando a los afectados de manera inmediata a los distintos centros asistenciales de Quintero.

Posteriormente ocurrieron una serie de hechos similares, declarando dos veces alerta amarilla en la zona hasta el 24 de Septiembre de este año. Sin embargo la Contralaría General de la República aprobó el decreto de Alerta Sanitaria en Quintero y Puchuncaví desde el día 25 de Septiembre del 2018 hasta el 30 de Marzo del 2019, donde permitirá al Seremi de Salud de la Región de Valparaíso, paralizar o disminuir las faenas de las empresas cuando se presenten condiciones atmosféricas adversas.

Esta realidad Medio Ambiental en la comuna de Quintero data de la década de los 50, específicamente en la localidad de Ventanas, lo cual dio el paso para crear el cordón industrial de toda esta zona conocida a nivel nacional.

Uno de los principales puntos de conflicto que la comunidad señala, es la falta de fiscalización y regulación de normas medio ambientales establecidas por la OMS de todos los procesos que se ejecutan en

el polo industrial, además de la falta de pruebas clínicas cuantitativas (exámenes) para determinar el estado actual de salud de las personas que están permanentemente en contacto con los productos que emanan de las empresas en cuestión y que genera incidencia en la cotidianeidad de las personas.

2.3 ACCESO Y COMUNICACIÓN

Acceso

Las principales vías de acceso a la comuna de Quintero corresponde a la siguiente: las rutas F-20 y F160, F-30-E, F-210 y F-212 ejes que unen los centros urbanos del borde costero de la bahía con centros urbanos de mayor jerarquía como Viña del Mar, Concón, etc.
La ruta F-30-E se enlaza con la ruta F-210 que conecta la localidad de Loncura y la ciudad de Quintero. La ruta F-30-E sigue hacia el norte, conectando los balnearios de Maitencillo, Zapallar y Cachagua.

Complementariamente a lo anterior, los medios de transporte, en la ciudad de Quintero, permiten el traslado tanto a centros urbanos intermedios como Concón y Puchuncaví, como a centros urbanos regionales y metropolitanos, como Valparaíso y Santiago. No obstante, la cantidad de líneas para estos traslados se limitan a las siguientes: Costa Azul y Sol del Pacífico para las rutas Quintero – Concón – Viña del Mar – Valparaíso (F-210 y E-30-E, Ruta 60); y Pulman Bus, Palmira, Golondrina y Cóndor Bus, para la ruta Quintero – Santiago (F-210 y E-30-E, Ruta 60 y Ruta 68).

Por otra parte, el sector rural de Quintero no cuenta con medio de transporte hacia el interior de la zona, solo en la localidad de Loncura existe presencia de transporte público y taxis colectivos que circula constantemente pero con una frecuencia irregular.

Comunicación

Los medios de comunicación televisivos presentes en la comuna comunas corresponden a señales nacionales abiertas, televisión por cable y de tipo satelital. En cuanto a las radioemisoras, existe cuatro radio comunal (Radio Quintero 105.7 MHz FM - Radio Favorita 107.3 MHz FM, Radio Loncura 93.7 MHz FM, Radio Las Petras FM), sumado a aquellas radioemisoras que transmiten a nivel nacional y regional; misma situación acontece a nivel de prensa escrita, donde existen solo aquellos medios de circulación nacional y regional.

Los medios de mayor presencia en la zona se encuentran:

- Medios escritos: Diario "El Observador" y "El Contraplano" pasquín de distribución escrita.
- Radio emisoras: Radio Quintero, Radio Favorita, Radio Loncura, Radio Petras.
- Canales de televisión: "Canal de la Costa".
- Sitios web: http://www.muniquintero.cl/ (portal de noticias municipal).

2.4 ÉTNICOS

En relación a las etnias presentes en la comuna se censaron 254 personas que pertenecen a un grupo étnico 131 hombres y 123 mujeres. Las etnias existentes corresponden a las siguientes (Tabla nº 6)

Tabla nº 6: Población según Etnia declarada, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

ETNIA	% Según Territorio		
	Comuna	Región	País
Diaguita	3,0	5,7	4,1
Aymara	3,8	4,9	7,2
Mapuche	84,3	77,3	79,8
Rapanui	0,8	3,8	0,4
Otras	3.4	3,9	5,4
Ignorado	4,7	4,4	3,1
TOTAL	100	100	100

Fuente: censo 2017
Etnia corresponde al 7% de la Población total.

2.5 CULTURALES

En el mes de Noviembre del 2013, en la comuna de Quintero se crea la Corporación Municipal de Cultura y Turismo, la cual se plantea desafíos en el área de Cultura y Patrimonio de la Municipalidad que están directamente relacionados con el rescate del "Patrimonio Cultural Quinterano", el conocer y reconocer su historia, mitología y su difusión para la comunidad, no sólo lograr que sea consciente de la misma, sino también esperar ser parte de un presente comunitario que reconozca y valore su propia tradición.

Una de las particularidades de Quintero, es que tiene mucha tradición a destacar, desde arquitectura patrimonial, patrimonio natural y ambiental e historia, todo este capital cultural es una fuente de vida y desarrollo de la comuna.

Actualmente la I. Municipalidad se encuentra desarrollando algunos talleres artísticos como teatro y la Orquesta Juvenil Municipal, los cuales representan un primer acercamiento de la cultura y del desarrollo continuo de estas actividades, hacia la población.

Otro aspecto importante es el relacionado con identidad histórica, actualmente se incentiva a los ciudadanos a conocer su historia y sus patrimonios culturales a través del Museo de la comuna, rico en antigüedades, además recientemente fue inaugurada la Restauración de la "Casa Estación".

Entre proyectos se encuentra la recuperación la Puntilla de San Fuentes y la Cueva del Pirata, los cuales cobijan parte importante de la historia de la comuna y que se encuentran en situaciónn de abandono.

En la Comuna de Quintero existen dos Monumentos Nacionales declarados que se identifican a continuación:

- **Casa y Bodega ex Hacienda Santa Rosa de Colmo**, desde el año 1987
- **Santuario de la Naturaleza Bosques de Petras**, desde el año 1993

Dentro de las fiestas tradicionales de la comuna se encuentran:

"Cristo Sumergido Rey del Universo": celebración devota que la I. municipalidad de Quintero realiza en conjunto con la Parroquia Santa Filomena y que convoca a más de 20 bailes religiosos de todo el país.

La **"Fiesta de San Pedro"** festividad en que pescadores celebran a su santo patrono San Pedro con bailes religiosos

La **"Fiesta de la Primavera"** celebración que no se realizaba en la comuna desde hace 40 años. La administración municipal en conjunto con la corporación de la cultura comenzó a rescatar esta tradición desde el año 2015.

2.6 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

De acuerdo a los Reportes Comunales de 2014, proporcionados por el Ministerio de Desarrollo Social, "se observa que en la comuna la población de 20 años de edad y más que está afiliada al seguro de cesantía (25,4%) supera levemente el porcentaje observado a nivel regional pero está bajo el valor alcanzado a nivel nacional (24,9% y 32, 9 % respectivamente) además en Quintero, una mayor proporción de los afiliados tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido.

La alta tasa de trabajadores por cuenta propia, revela la precariedad laboral, y por ende, bajos ingresos y ausencia de previsión social, frente a lo cual el municipio ha implementado de manera permanente programas de inserción laboral, a través de su Oficina de Intermediación Laboral.

Tipo	Porcentaje
Empleados/obreros asalariados	60,40%
Trabajadores por cuenta propia: carpinteros, albañiles, gasfitería, pescadores artesanales.	31,70%

Ocupación y Cesantía

Según la estimación de la pobreza se puede decir que la comuna de Quintero bajo su tasa de pobreza en 3.1 puntos porcentuales, entre los año 2013 y 2015, pero aún está lejos de alcanzar la tasa a nivel regional y nacional

Tabla N° 7: Estimación de Incidencia de pobreza (%). Comuna de Quintero, Región del Valparaíso, 2015

Territorio	2013	2015	Diferencia pobreza 2013-2015(puntos porcentuales)
COMUNA*	18.9	15.8	-3.1
REGIÓN	15.6	12.0	-3.6
PAÍS	14,4	11.7	-2.7

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2017

*** Sólo estimaciones comunales son SAE, la información que se refiere a regiones y país provienen de medición a partir de Casen 2015.**

Tabla Nº 8: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Quintero, 2017

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidios Monetarios	Ingreso Monetario
Comunal	S/R	S/R	S/R
Nacional	915.484	31.113	946.597

Fuente: Encuesta CASEN, Ministerio de Desarrollo Social.2017.
Reporte Estadistico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Tabla Nº 9: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2014-2016

Rubro Empresa	Comuna		
	2014	2015	2016
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA	1.010	936	749
PESCA	460	414	448
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	8	1	0
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	687	233	226
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS METALICAS	237	286	121
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	11	12	12
CONSTRUCCION	2.335	2.659	3.232
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR, REP VEHAUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	614	671	711
HOTELES Y RESTAURANTES	311	315	310
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	270	288	326
INTERMEDIACION FINANCIERA	11	6	10
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	207	192	286
ADM PUBLICA Y DEFENSA, PLANES DE SEG SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	849	862	853
ENSEÑANZA	328	340	319
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	15	31	52
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIAS, SOCIALES Y PERSONALES	45	43	59
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	12	11	2
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	0	0	0
SIN INFORMACION	19	14	16

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

2.7 EDUCACIONALES

Tabla N° 10: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	11.8
REGIÓN	11.4
PAÍS	11.2

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla N° 11: Establecimientos educacionales por dependencia. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso.

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Corporación Municipal	0	0	144	141	1.106	1.088
Municipal DAEM	6	6	318	315	4.225	4.108
Particular Subvencionado	10	10	705	690	6.065	5.866
Particular Pagado	0	0	99	97	595	671
Corporación de Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Total	16	16	1.272	1.249	12.061	11.749

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 12: Resultados SIMCE Cuarto Básico 2015, 2016, 2017.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

4to Básico	Comuna			Región			País		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Lectura	241	240	245	263	263	264	265	267	269
Matemática	219	225	250	256	259	258	260	262	261

http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 13: Resultados SIMCE Segundo Medio 2016, 2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

2do Medio	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Lectura	197	247	248	252	247	252
Matemática	207	246	266	266	266	266

Fuente: http://www.agenciaeducacion.cl/

Tabla N°14: Resultados promedio PSU por dependencia 2016-2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

PSU Promedio por Dependencia	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Municipal	402	445	427,86	431,42	453,77	457,19

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

2.8 VIVIENDA

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de último Censo 2017, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor que el porcentaje de hogares en esta misma situación que los datos a nivel país, pero mayor a nivel regional.

Tabla N° 15: Calidad de la vivienda. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017.

	COMUNAL	NACIONAL
IM Aceptables	81%	83%
IM Recuperables	18%	15%
IM Irrecuperables	1%	2%

Fuente: Censo 2017.
(IM: índice de materialidad)

Tabla N° 16: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	**85.9**	86.4	83.8
Con Hacinamiento	**14.10**	13.60	16.20
Total	**100**	100	100

Fuente: Reporte Comunal: Quintero, Región de Valparaíso 2017.

2.9 SERVICIO BASICO Y SANEAMIENTO

De acuerdo a los datos recopilados es posible observar que la zona urbana de la Comuna de Quintero cuenta con los servicios básicos de Agua Potable, Electricidad y Alcantarillado. La escasez de estos servicios se explica por la ausencia de ellos en la parte rural de la comuna, las localidades de Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo, Loncura, cuentan con el servicio de agua potable rural.

Actualmente se encuentra en proceso el proyecto de alcantarillado para la localidad de Loncura.

Tabla N°17: Cobertura de Servicios básicos de la Comuna de Quintero.

Antecedentes de Infraestructura	
Cobertura de Agua potable (%)	**99.6**
Cobertura de Alcantarillado (%)	**90.1**
Cobertura de Luz eléctrica (%)	**97**

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2012

Tabla Nº 18: Indicador de Saneamiento. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
COMUNA	**10.04**
REGIÓN	12
PAÍS	16.98

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2013

2.9 SEGURIDAD SOCIAL

La información sobre denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS)(delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) se registran en forma separada y además las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados.

En términos de evolución, en el país el año 2011 las tasas de denuncias de DMCS y VIF sufren un pequeño aumento respecto a 2010. Luego, el año 2012 ambas bajan, pero las de DMCS vuelve a subir llegando el año 2014 a 2.801,2 denuncias por cada 100.000 habitantes; sin embargo las denuncias de VIF sigue a la baja hasta llegar el año 2014 a 587,5 denuncias por cada 100.000 habitantes.

Tabla N° 19: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de Delitos de Mayor Connotación Social 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	4.310,06	3.711,43	4.258,09
Región de Valparaíso	2.899,35	2.801,14	2.725,21
País	2.801,19	2.701,25	2.528,22

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla N° 20: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de violencia intrafamiliar 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	649,66	721,06	816,92
Región de Valparaíso	566,69	532,99	496,97
País	587,52	541	519,62

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla Nº 21: Distribución de la Población Sistema Previsional de Salud FONASA Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Diciembre 2017.

Tramo de Ingreso	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	4.976	25,75	305.732	21,32	3.275.666	23,63
B	5.815	30,09	509.146	35,51	4.528.687	32,95
C	3.611	18,69	281.912	19,66	2.617.340	19,04
D	4.922	25,47	336.946	23,50	3.321.594	24,17
Total	19.324	100	1.433.736	100	13.926.475	100

Fuente: Reporte Estadístico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017

2.11 DESARROLLO COMUNITARIO

Tabla N° 22: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso. 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	14	25	26
Centros de Madres	3	14	1
Centros de Padres y Apoderados	5	19	4
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	22	47	31
Juntas de Vecinos	14	43	25
Uniones Comunales	2	2	3
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	62	39	55
Compañías de Bomberos	2	2	2
Centros Culturales	6	1	10
Organizaciones Comunitarias (suma total)	130	192	157

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

2.12 SECTOR SALUD

2.12.1 Organización de la Red Asistencial

La Red Asistencial de la comuna de Quintero está constituida por un Hospital de baja complejidad con un consultorio adosado, el cual es de administración del Servicio de Salud y está ubicado en la península de Quintero. Y la Posta de Salud Rural Loncura la cual es el primer centro de Atención Primaria de Salud (APS) de administración municipal, y está ubicado en la Localidad de Loncura. Esta Micro-red está inserta en la Red Asistencial del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota que es el quinto Servicio más grande del país y está constituida por centros de distintos niveles de complejidad organizados en base a redes de referencia y contrarreferencia conformadas por Centros de Atención primaria de Salud, Hospitales Comunitarios, de Baja Complejidad y Hospitales Autogestionados en Red (hospitales de alta complejidad)

insertos en las Áreas de Salud definidas administrativamente por el SS. Estas son: Viña del Mar, Quilpué, Quillota y Petorca. Las comunas que considera cada Área de Salud, el número y tipo de establecimientos por área de salud se informan en las tablas que se muestran a continuación:

Tipo Establecimiento	Area Viña	Area Quilpué	Area Quillota	Area Petorca
H. Alta Complejidad	1	1	1	0
H.Baja Complejidad	1	1	3	3
CAE	1	1	1	
Centros de Salud y CESFAM	13	8	11	3
SAPU	6	2	1	
CECOSF	3	0	3	1
Posta Salud Rural	2	1	8	15
Estación Médico Rural			8	19
Otros	*2		*1	

*CESAM en Limache y Concón
Módulo Odontológico Simón Bolivar en Viña del Mar

2.12.2 Flujo de Derivación

Las derivaciones de pacientes desde Hospital Adriana Cousiño, tanto atención abierta como cerrada, son al Hospital de mayor complejidad de la red asistencial que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke.
La Posta de salud Rural de Loncura realiza sus derivaciones al nivel segundario y terciario de salud por medio de interconsultas otorgadas por los profesionales durante la atención al Hospital Dr. Gustavo Fricke, y sus derivaciones de urgencia al Hospital Adriana Cousiño.

Por otro lado el Hospital deriva pacientes a una red asistencial extra servicio que comprende las derivaciones hacia y desde otros hospitales regionales y nacionales como por ejemplo:

.-Hospital Van Buren, Valparaíso

.-Hospital Psiquiátrico Putaendo.

.-Hospital El Salvador, Valparaíso.

.-Vínculos con otras instituciones relacionadas, como el Instituto de Salud Pública e Instituto Médico Legal.

Además existe una Red Privada a la cual se accede a las prestaciones de las instituciones privadas a través de las compras de servicios por licitación y, en el caso de la compra de camas, a través de la plataforma de la UGCC (Unidad de Gestión de Camas Críticas) del MINSAL.

Establecimiento
Hospital Naval "Almirante Neff"
Clínica Reñaca
Clínica Los Carrera
Clínica Niños y Cunas
Clínica Ciudad del Mar
Hospital Clínico Viña del Mar
Instituto de Seguridad del Trabajo IST Viña del Mar
Clínica Los Abetos
Serviclinica (ex Clínica Nueva Los Leones)
Clínica Miraflores
Hospital Valparaíso.
Hospital del Trabajador ACHS de Valparaíso

En relación a la Red Privada, la Posta de Salud de Loncura también accede a ella a través de compra de servicios por licitación, gracias a los convenios entre el Servicio de Salud viña del Mar Quillota y la I. Municipalidad de Quintero se ha podido otorgar a la comunidad mayor resolutividad, acceso y equidad para las prestaciones de oftalmología, otorrino, exámenes (Mamografías, radiografías, ecotomografía).

2.12.3 Recursos Materiales

En comuna de Quintero existe un hospital de baja complejidad con un consultorio adosado y una Posta de Salud Rural de administración Municipal.

El Hospital Adriana Cousiño cuenta con **Servicios Clínicos** de medicina, urgencia, maternidad, pediatría y dental; un **Consultorio** que otorga prestaciones de Atención Primaria de Salud; **Unidades de Apoyo** como esterilización, lavandería, alimentación, laboratorio clínico, equipo de radiografía, farmacia , unidad de salud mental, pabellón de cirugía menor; **Servicios y Unidades Administrativas** como movilización, abastecimiento, contabilidad, informativa, archivo.

El Departamento de Salud Municipal tiene a su cargo la **Posta de Salud Rural de Loncura**, que tiene 5 años de funcionamiento otorgando las 103 prestaciones de **Atención Primaria de Salud**, cuenta con **Unidades de Apoyo** como Farmacia, compra de servicio de esterilización y exámenes, **Unidad de Servicio de Urgencia Rural** (SUR) con **Ambulancia** que se encuentra operativa, su funcionamiento es de 24 horas

del día de lunes a domingo, También cuenta con una camioneta 4x4 para las visitas domiciliarias, tanto en el sector urbano como rural, de pacientes postrados y otras.

2.12.4 Recursos Financieros

Tabla N° 23: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Municipio	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido) (M$)	Ingresos Totales Área Salud Descontadas las Transferencias del Municipio al Sector (M$)	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M$)	Gastos Salud (Gasto Total Devengado) (M$)	Gasto en Personal del Sector Salud (M$)	Gastos del Funcionamiento del Sector Salud (M$)
QUINTERO	1.253.939	1.253.939	797.108	1.018.454	702.106.488	84.785.837

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. *2017*

2.12.5 Recursos Humanos

DOTACION 2019

CATEGORIA	HRS
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD	44
MEDICO	99
ODONTOLOGO	44
QUIMICO FARMACEUTICO	88
KINESIOLOGA	88
ASISTENTE SOCIAL	44
ENFERMERA	176
MATRONA	88
PSICOLOGA	88
NUTRICIONISTA	44
PROFESIONAL CATEGORIA B ENCARGADO PARTICIPACIÓN	44
INGENIERO (INFORMATICA - COMERCIAL- ADMINISTRACION)	132
ADMINISTRADOR PUBLICO	44
TEC ADMINISTRACION	88
TEC SERVICIO SOCIAL	44
TEC ENFERMERIA	528
TEC ODONTOLOGIA	44
AUXILIAR FARMACIA	88
ADMINISTRATIVO (ADMINISTRACION – ADQUISICIONES – FINANZAS – FARMACIA - SOME)	220
CONDUCTOR	264
AUXILIAR DE SERVICIO (ASEO - RECEPCIONISTA- SERVICIOS GENERALES)	220
TOTAL	**2475**

3.- DAÑO EN SALUD

3.1 Tasa de Mortalidad

3.1.1 Mortalidad Genera (Índice de Swaroop)

La tasa de mortalidad general e índice de swaroop, en la comuna de Quintero cuenta con una tasa menor al índice regional y mayor al nacional de mortalidad general. Según el índice Swaroop la población de la comuna de Quintero fallece a mayor edad que la regional y nacional. (Tabla nº 21)

Tabla nº 24: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Chile 2014

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
COMUNA	**6.0**	**6.1**	**6.0**	**82.3%**	**85.2%**	**79.5%**
REGIÓN	6.7	7.1	6.3	82.2%	77.9%	87%
PAÍS	5,7	6.1	5.3	77.9%	72.7%	83.7%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Por 1.000 habitantes

3.1.2 Mortalidad Infantil

Tabla nº 25: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 días)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
COMUNA	**5.1**	**5.1**	**0.0**
REGIÓN	6.1	4.2	1.9
PAÍS	7.2	5.2	2.0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 nacidos vivos

Tabla Nº 26: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de Quintero, desde año 2008 a 2012

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
2012	14.6	6.1	77	18.3
2011	15.1	6.0	82.3%	5.1
2010	14.5	6.3	81.3%	10.9
2009	14.6	6.5	78.7	10.9
2008	13.7	6.08	76	0.0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

3.1.3 Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla nº 27: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez 1-4 años	Tasa de Mortalidad de la Niñez 5-9 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 10-14 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 15-19 años
COMUNA	**6.4**	**0.0**	**0.0**	**5.2**
REGIÓN	2.2	0.8	1.2	3.7
PAÍS	2.9	1.4	1.6	4.3

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.4 Mortalidad del Adulto

Tabla nº 28: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**10.4**	**14.7**	**37.7**	**31.5**
REGIÓN	11.9	5.9	62.5	32.7
PAÍS	13.7	5.6	60.5	33.8

Fuente: Departamento de Estadisticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.5 Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla nº 29: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**26.3**	**21.3**	**121.2**	**76.6**
REGIÓN	30.4	17.4	134.0	101.6
PAÍS	28.7	17.6	128.6	98.8

Fuente: Departamento de Estadisticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo

3.1.6 Mortalidad por Causas

Tabla nº 30: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región de Valparaíso 2013- 2014

GRUPOS DE CAUSAS		2013				2014			
		PAÍS		REGIÓN		PAÍS		REGIÓN	
		Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
	Total de Causas [1]	**99.770**	**5,7**	**11.762**	**5,86**	**101.960**	**5,7**	**12.106**	**6,7**
	[2]								
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.867	10,6	294	16,4	1.928	10,8	303	16,7
C00-D48	Tumores (neoplasias)	1.095	6,2	3.035	169,5	1.030	5,8	3.119	172,5
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.876	27,7	571	32	5.188	29,1	581	32,1
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	2.064	11,7	244	13,6	1.836	10,3	227	12,6
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	3.706	21	440	24,6	3.584	20,1	433	23,9
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	27.660	157	3.617	202	28.064	157,5	3.525	194,9
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	10.269	58,2	1.122	62,7	10.448	58,6	1.198	66,3
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	7.349	41,7	833	46,5	7.469	41,9	789	43,6
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	2.883	16,4	402	22,5	3.073	17,2	461	25,5
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	762	4,3	71	4	842	4,7	61	3,4
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	927	5,3	76	4,2	971	5,4	92	5,1
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2.195	12,4	231	12,9	2.618	14,7	376	20,8
V01-Y98	Causas externas	7.617	43,2	679	37,9	7.746	43,5	752	41,6

Resto de códigos	Resto de causas	21.715	123,2	147	8,2	27.163	152,4	189	10,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2013-2014
[1] tasa total calculado *1.000
[2] tasas de causas calculadas *100.000

3.2 Esperanza de Vida al nacer

Tabla nº 31: Esperanza de vida al nacer, comuna de Quintero. Región de Valparaíso 2013

	PAIS	REGION	COMUNA
Esperanza de vida al nacer de mujeres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	81,5	81,2	79,9
Esperanza de vida al nacer de hombres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	75,5	75,3	74,6
Años de diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres. 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	6,0	5,9	5,3

Fuente: Observatorio Social, Reportes Comunales de caracterización social 2013

3.3 Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

Según el **Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal, Julio 2008**, se observa el comportamiento de los AVISA por causa específica para Chile. La primera causa específica de AVISA en Chile corresponde a la Enfermedad hipertensiva, la que está compuesta por hipertensión arterial y enfermedad cardiaca hipertensiva. Estos resultados son coherentes con la alta magnitud de la prevalencia de hipertensión en Chile. En el segundo lugar se sitúan los trastornos depresivos unipolares, los trastornos de las

vías biliares y vesícula, la dependencia al alcohol y la cirrosis hepática. Todas patologías que se deben prevenir y pesquisar a tiempo en Atención Primaria de Salud

3.4 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 32: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Año								
	2012			2013			2014		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	161	2.091	82.2	166	2.072	77.5	164	1.830	67.2
REGIÓN	11.667	123.826	70.7	11.762	126.316	70.5	12.106	122.610	67.8

Fuente: DEIS

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se construye con la suma de los AVPP de las personas que en un año determinado fallecieron antes de alcanzar los 80 años de edad, por 100.000 habitantes

3.5 Indicadores de Prestación de Salud

La OMS ha definido **Indicadores** como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. Uno de estos rubros son las prestaciones de atención de salud (de actividad), los cuales se visualizan a continuación:

Tabla N°33: Índice de Atención Primaria de Salud (IAAPS), 2017

	AÑO 2017	
	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA ESPERADA SEGÚN IAAPS
HIPERTENCION	35.3%	57.2%
DIABETES MELLITUS	23.26%	35%
TRASTORNOS MENTALES	17.06%	17%
ASMA EPOC	15.32%	22%
EMPA HOMBRES	18.77%	17.7%
EMPA MUJERES	24.72 %	26.9%
EMPAM	61.41%	60.06%
INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS	87.06%	95%
PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	48.18%	24%
GESTIÓN DE RECLAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	100%	100%
COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	100%	94%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	0.23	0.24

Tabla N° 34: Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria Ley 19.813, 2017

	AÑO	2017
	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROPUESTA
RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	100%	90%
REDUCCION DEL NUMERO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS SIN PAP VIGENTE.	98.4%	Reducir en un 20% brecha
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	83.24%	80%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA EN EMBARAZADAS	78.82%	78.7%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA NIÑOS/AS DE 6 AÑOS	100%	97%

AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA	23.48%	35%
AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON HTA CONTROLADA.	48.92%	57.2%
COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	63.9%	66.7%
CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE	100%	100%
EVALUACION ANUAL PIE EN PERSONAS CON DIABETES EN CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS.	76.57%	75%

Hipertensión Arterial es un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo de esta patología logrando la compensación en el tiempo de la presión arterial, siendo esta significativa en la prevención del daño.

Tabla N° 35: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Hipertensión controlada.2017

HIPERTENSION	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor a 140/90 mmHg	**579**	200	379
Mayor o igual a 140/90 mmHg	**314**	100	214
Sin clasificar	**48**	23	25
TOTAL	**941**	323	618

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético, es por esto que se requiere que los establecimientos de salud

hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición.

Tabla N° 36: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Diabetes controlada

DIABETES MELLITUS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor de 7 HbA1c	**206**	103	103
de 7 a 8,9 HbA1c	**179**	64	114
9 y más HbA1c	**39**	19	20
Sin clasificar	**84**	39	45
Total	**410**	226	282

Fuente:-Censo diciembre 2017, Serie P

Las dislipidemias es uno de los factores de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC).

Tabla N° 37: Población de Dislipidémicos bajo control, según nivel de colesterol total

DISLIPIDEMICOS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor 200	**52**	24	28
Desde 201 a 239	**50**	22	28
240 y más	**56**	27	29
Sin clasificar	**65**	31	34
total	**223**	104	119

Fuente: Censo diciembre 2015, Serie P

Tabla N° 38: Población bajo control en Programa Cardiovascular, según Riesgo Cardiovascular

RIESGO CARDIOVASCULAR	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
BAJO	**36**	18	18
MODERADO	**529**	177	352
ALTO	**510**	228	282
Total	**1075**	423	652

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, nos permite identificar el indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor a través de la medición de funcionalidad.

Los objetivos del examen son: Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad, Y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Tabla N° 39: Población Adulto Mayor según Evaluación de Funcionalidad (EFAM)

GRADO DE FUNCIONALIDAD	TOTAL	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	442	220	222
AUTOVALENTE CON RIESGO	46	20	26
RIESGO DE DEPENDENCIA	4	3	1
DEPENDIENTE LEVE	39	12	27
DEPENDIENTE MODERADO	32	15	17
DEPENDIENTE GRAVE	29	15	14
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	492	285	207

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

La obesidad es un importante problema de la salud pública en la mayor parte de los países, disminuyendo la esperanza de vida y generando altos costos sociales y económicos. La preocupación por la obesidad radica no solo por sus efectos directos sobre la salud y calidad de vida de las personas, sino además por su fuerte asociación con las principales enfermedades no trasmisibles de nuestro tiempo: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoarticulares y algunos tipos de cáncer. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años y representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad. Estudios del Ministerio de Salud demuestran que representa la segunda causa de años de vida perdidos por muerte o por discapacidad prematura y la sexta causa de muerte a nivel nacional.

La población infantil menor de 6 años bajo control en la Posta de Salud Rural Loncura presenta una prevalencia de obesidad de 10%, sobrepasando la prevalencia nacional de 9.4%

Tabla N° 40: Población Infantil (0 a 6 años) bajo control, según estado nutricional

PARAMETROS NUTRICIONALES	TOTAL	Hombres	Mujeres
RIESGO / BAJO PESO	21	9	12
DESNUTRIDO	4	0	4
SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	87	47	40
OBESO	38	18	20
NORMAL	228	109	119
TOTAL	378	183	195

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío pendiente es lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. De acuerdo a lo anterior, el Plan Nacional de Salud 2011-2020, contempla dentro de las prioridades en infancia disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en menores de 5 años. Por ello la pesquisa precoz de los distintos factores que no permiten o dificultan el normal desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas es relevante, en este contexto este es un indicador que responde a esta necesidad por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control en la posta de Salud rural Loncura es de 100% a diciembre 2015.

Tabla N° 41: Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con pauta de desarrollo psicomotor aplicada

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	95	45	50	0	4	17	17	1	0	21	17	6	12	0	0
	NORMAL CON REZAGO	13	7	6	1	0	0	1	0	1	0	1	6	3	0	0
	RIESGO	12	8	4	0	0	1	3	1	0	0	0	6	1	0	0
	RETRASO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: Censo diciembre 2017

La evaluación del DSM a los 18 meses está inserta en el control de salud del niño/a, lo que refuerza su integralidad.

Esta meta de impacto involucra diversas estrategias de promoción, prevención y tratamiento, considerando a la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el riesgo.

En las últimas décadas, ha cambiado el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil, lo que se ha expresado en la emergencia de problemas de salud pública como: accidentes, rezagos del desarrollo, maltrato, obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Estos problemas condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño, al limitar su desarrollo biopsicosocial armónico e impedir el acceso a una estimulación apropiada y a una escolaridad normal.

En el contexto actual con una baja mortalidad infantil, es relevante el plantear intervenciones que impacten en mejorar la calidad de vida de los niños y en establecer las bases sólidas para el desarrollo infantil temprano, junto con el evidente impacto en carga de enfermedad, que generan las discapacidades adquiridas a temprana edad.(orientaciones IAAPS 2016)

Tabla N° 42: Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con reevaluación de pauta de desarrollo psicomotor

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
REEVALUACIÓN	NORMAL (de rezago)	4	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	NORMAL (de riesgo)	6	4	2	0	0	0	1	0	0	4	1	0	0	0	0

Fuente: Censo diciembre 2017

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca que la salud mental tiene una importancia primordial en lo concerniente al bienestar personal, las relaciones familiares y en contribución al desarrollo de la sociedad y de los países. También destaca la importancia de abordar los trastornos de salud mental en la atención primaria de salud, reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

El último estudio de carga de enfermedad en Chile muestra que las condiciones neuropsiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedad entre las enfermedades no transmisibles, estas incluyen trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros.

Tabla N° 43: Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.

TRASTORNOS MENTALES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	COBERTURA 2017
	355	**82**	**273**	**17.06%**

Fuente: Censo Diciembre 2017,Serie P

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma bronquial en todas las edades, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

El asma bronquial es la enfermedad crónica no transmisible más común en niños, y una de las principales en adultos. Los síntomas recurrentes causan insomnio, cansancio, ausentismo escolar y laboral, y son capaces de alterar la calidad de vida de quienes la padecen. Por otra parte, la EPOC, dentro de las enfermedades respiratoria crónicas en Chile, corresponde a la causa de mayor carga de enfermedad, con aumento de tendencia en mortalidad y descenso en la tasa de egresos hospitalarios.

La Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quintero no contaba con la prestación específica para control de pacientes respiratorios crónicos, por lo cual eran derivados para su atención en el Hospital Adriana Cousiño. A partir de marzo 2016 se inicia la implantación de la sala Mixta para la atención y control de pacientes con patologías respiratorias crónicas.

Tabla N° 44: Población con Enfermedades Respiratorias bajo control, año

ENFERMEDAD RESPIRATORIA		TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ASMA BRONQUIAL	LEVE	91	28	63
	MODERADO	21	4	17
	SEVERO	1	1	
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	TIPO A	62	22	40
	TIPO B	11	7	4
TOTAL		186	62	124

Fuente: Censo Diciembre 2017, Serie P

Uno de los fenómenos que tiene mayor impacto en la trayectoria de vida de las y los jóvenes es el embarazo adolescente. Este fenómeno es de preocupación pública, en la medida en que se relaciona directamente con la deserción escolar, las dificultades de inserción y desarrollo en el ámbito del trabajo. La tasa de fecundidad adolescente muestra un progresivo ascenso en las adolescentes de 15 a 19 años siendo de 48,77 por 1.000 mujeres de esa edad en el 2004 y llegando a 54,52 por 1.000 mujeres de 15-19 años en el 2009. De igual manera, en el 2005, la tasa de fecundidad de adolescentes de entre 10 y 14 años era de 1,28 por cada 1.000 mujeres de ese rango etario, al 2009 observamos un leve ascenso llegando a 1,57 x 1000 (Minsal, 2009a).

En la Posta de Salud Rural Loncura de un total de 81 mujeres ingresadas a control prenatal durante el año 2017, 4 de estas correspondían a adolescentes entre 15 a 19 años.

Tabla N° 45: Total de Gestantes ingresadas a control prenatal, año 2017

AÑO 2017	TOTAL	10 a 14 años	15 a 19 años	20 años y mas
Gestantes	**81**	**0**	**4**	**77**

Fuente: Censo diciembre 2017

3.6 Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

En relación a las enfermedades de notificación obligatoria, Se solicitó el registro comunal a la Unidad de Epidemiologia de la SEREMI de salud. Se puede observar la falta de registro o pesquisa de las enfermedades de notificación obligatorias.

Con los datos presentes, se observa que las enfermedades que se han notificado en todos los años evaluados son la Tuberculosis, Gonorrea y sífilis y concuerda con los esfuerzos que se realizan en la Atención Primaria de Salud.

Tabla Nº 46: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2010-2014.

Enfermedad	Número de Casos por años									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
De transmisión alimentaria										
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3

De transmisión respiratoria										
Tuberculosis	2	7.9	11	42.6	4	15.2	1	3.7	2	7.3
De transmisión sexual										
Gonorrea	0	0	4	15.5	9	34.2	4	15	1	3.7
Sífilis	3	11.8	6	23.2	14	53.2	14	52.4	7	25.7
Prevenibles por inmunización										
Tos ferina (Coqueluche)	1	3.9	1	3.9	2	7.6	3	11.2	0	0
Hepatitis víricas										
Hepatitis B	2	7.9	1	3.9	2	7.6	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3
Zoonosis y Vectoriales										
Enfermedad de Chagas	1	3.9	0	0	1	3.8	0	0	0	0
Otras										
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	1	3.8	0	0	0	0

Fuente: SEREMI Departamento de Epidemiologia.

3.7 Consultas Médicas

Consultas de Morbilidad

La I. Municipalidad de Quintero solo administra un centro de Atención Primaria de Salud el cual ha ido incrementando sus atenciones de consulta de morbilidad en los últimos tres años.

	AÑOS		
NUMERO DE CONSULTA POR MORBILIDAD	2015	2016	**2017**
	5484		5925

En la tabla siguiente se pueden identificar los tipos de consulta de morbilidad que se presentaron durante el año 2015, siendo de mayor proporción **Otras Morbilidades** aportando con 91.3% del total, seguida por la IRA alta que alcanza un 3.3% y otras respiratorias con 3.0%. Además se observa que es el sexo femenino quien más consulta.

Tabla Nº 47: Número y tipo de consultas de morbilidad, realizadas en la Posta de Salud Rural Loncura, año 2015

TIPO DE CONSULTA	TOTAL	POR DE EDAD (en años)																		POR SEXO	
		Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 y mas	Hombres	Mujeres
TOTAL	**5484**	**237**	**517**	**325**	**270**	**248**	**203**	**193**	**185**	**144**	**189**	**214**	**414**	**400**	**413**	**392**	**481**	**296**	**363**	**2195**	**3320**
IRA ALTA	183	32	84	43	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	81
SINDROME BRONQUIAL OBS	83	22	54	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	36
NEUMONÍA	47	3	6	4	2	0	0	0	0	0	0	3	0	3	7	2	5	5	7	20	27
ASMA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ENFERMEDAD PULMONAR C	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
OTRAS RESPIRATORIAS	163	14	44	34	14	2	0	3	1	1	4	5	4	7	5	10	8	5	2	71	92
OBSTETRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGICA POR INFER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFECCIÓN TRANSMISIÓN S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
VIH-SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS MORBILIDADES	5005	166	329	237	230	246	203	190	183	143	185	206	410	390	401	380	466	286	354	1954	3050

3.8 Exámenes de Salud

Tabla N° 48: Total de Exámenes de Salud realizados, Comuna de Quintero, Región Valparaíso

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO		EXÁMENES RADIOLOGICOS		EXÁMENES ECOTOMOGRÁFICOS	
	Total	Compra de servicio	Total	Compra de servicio	Total	Compra de servicio
COMUNA	28.059	28.059	50	50	200	200

3.9 Egresos Hospitalarios

Las causas de egresos hospitalarios se analizan a continuación de acuerdo a la comuna de residencia y al grupo etario del paciente. A destacar, se presenta que en el grupo etario entre 0 y 9 años predominan los egresos por enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el grupo etario de 10 a 14 años se observan principalmente egresos por trastornos mentales y del comportamiento, Entre los 15 a 19 años las primeras 3 causas de egresos hospitalarios están relacionadas con el Embarazo, parto y puerperio y Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

El grupo etario entre los 20 y 64 años las causa de egresos están relacionadas con Embarazo, parto y puerperio, Enfermedades del sistema respiratorio, Traumatismos, envenenamientos y causas externa, y Trastornos mentales y del comportamiento

Para el grupo de 65 años y más la distribución cambia, predominando las Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

La tabla siguiente muestra lo expuesto anteriormente:

Tabla N° 49: Egresos hospitalarios por motivo de causa. Comuna de Quintero, Región Valparaíso. 2014

	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
Total	1.199	52	58	17	15	71	262	234	290	200
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	45	2	9	3	-	1	9	7	4	10
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	15	-	-	-	-	-	2	5	7	1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	6	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	82	-	-	-	-	1	3	20	37	21
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	65	-	2	1	6	4	30	17	2	3
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	16	-	-	1	-	1	2	8	3	1
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Enfermedades del oido y de la apófisis mastoides (H60-H95)	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	130	-	-	-	1	2	3	34	62	28
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	243	13	33	8	2	2	16	45	64	60
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	60	1	1	3	-	-	8	17	15	15
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	26	-	-	-	1	-	6	7	9	3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	6	-	-	-	-	1	2	2	1	-
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	96	6	3	-	-	5	11	14	41	16
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	156	-	-	-	-	39	116	1	-	-
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	26	26	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas (Q00-Q99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	65	1	6	1	1	1	5	17	18	15
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90	-	2	-	4	2	15	29	19	19
Códigos para propósitos especiales (U00-U99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	69	3	2	-	-	12	34	8	5	5

Fuente : DEIS. Hospital Adriana Cousiño

3.10 Pensiones de Invalidez

Tabla Nº 50: Pensión Básica Solidaria, período Enero-Julio 2012, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso

	Periodo Enero-Julio 2012	
	Nº Beneficiarios Promedio	Monto (M$)
COMUNA	**1.055**	**581.866**
REGIÓN	58.690	32.351.123
PAÍS	616.602	339.950.081

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2012.

3.11 Problemas de Salud Percibidos por la Población (Diagnóstico Participativo)

Las políticas públicas de salud están dirigidas a mejorar el grado de satisfacción usuaria para contribuir positivamente en la calidad de vida de los usuarios, para ello es necesario conocer cuáles son las necesidades o problemas que la población usuaria presenta. Y esta forma, la autoridad local podrá incluir esas necesidades en los planes de trabajo y orientaciones.

El diagnóstico participativo es un proceso nos permite evidenciar estas necesidades de la comunidad desde su experiencia y realidad, mediante el diálogo es posible identificar los problemas, sus causas y sus efectos dentro de un contexto determinado.

La Posta de Salud Rural Loncura en conjunto con el Concejo Consultivo realiza actividad comunitaria con el objetivo de identificar los problemas que percibe la población en general, utilizando como metodología de trabajo del árbol de problemas el cual permite detectar el problema (tronco) ,sus causas(raíces) y efectos(hojas).

Una vez detectados los problemas de manera grupal se priorizaron en una tabla de jerarquización el cual arrojo un puntaje final a cada problema de modo de desarrollar un plan de acción a futuro al problema de mayor prioridad.

Se concluye la actividad con los siguientes problemas jerarquizados:

1. **Alcantarillado y agua potable** con 75 puntos (puntaje max), cabe destacar que este problema abarca principalmente a las zonas rurales como Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, Santa Luisa, Loncura, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo.

En la localidad de Loncura está en proyecto el alcantarillado.

2. **Falta de comunicación ampliada en temas de salud e información general** con 72 puntos el cual se considera como prioridad para un plan de acción

   Causas: la gente está desinformada de programas y/o información general que les beneficia directamente en su calidad de vida, no se informan correctamente con relación a interconsultas y listas de espera

   Efectos: pérdida de tiempo y dinero en tener que ir a Viña del Mar directamente para consultar, no recibir beneficios en relación a salud por falta de información de parte del consultorio y otros medios de comunicación.

3. **Salubridad en feria libre y espacios comunes** con 71 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: defecan en vía pública al no contar con baños públicos o servicios de agua potable, no contar con contenedores suficientes de basura y lugares de acopio

   Efectos: Enfermedades infecciosas, falta de salubridad, suciedad en espacios de concurrencia pública, plagas de ratones

4. **Delincuencia e inseguridad** con 61 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: falta de vigilancia del plan cuadrante, escasa restricción de ingreso de gente que llega a Quintero (delincuentes que se vienen a esconder a Loncura), falta de oportunidades laborales y programas de inserción laboral.

   Efectos: jóvenes involucrados en robos y drogadicción, temor e inseguridad en los habitantes sobre todo que la mayoría son adultos mayores, estigmatización de la localidad de Loncura, falta de progreso

5. **Falta de espacios de participación en la juventud** con 48 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: falta de integración de parte de los directivos vecinales y facilidad de ocupar las sedes para actividades juveniles, mal uso de algunos jóvenes en los espacios que le han facilitado, falta de organizaciones juveniles formales

   Efectos: falta de interés de parte de los jóvenes por participar en actividades sanas y recreativas, fomento de delincuencia juvenil y drogadicción, aumentó del ocio en jóvenes lo que conlleva a delinquir o hacer daño a la propiedad pública y/o privada, vulnerabilidad social.

3.12 Problemas de Salud Prioritarios

Priorizamos los siguientes ámbitos, que recogen tanto los problemas de salud, como las demandas sentidas de la comunidad y las definiciones de la propia organización.

Alza de la tasa de Mortalidad infantil de 1 a 4 años de la comuna superando a la regional y nacional, por lo que es importante trabajar todos los aspectos de la salud desde la gestante hasta la salud infantil, revisando y apoyando a la comunidad en los ámbitos de Crianza Saludable y Prevención de Violencia Intrafamiliar.

Alza de la Tasa de Mortalidad Adolescente de 15 a 19 años de la comuna superando la tasa regional y nacional, nos evidencia que es prioritario trabajar potenciando la accesibilidad en la atención, implementar estrategias que permitan establecer el vínculo con el adolescente y su familia.

Alza de la Tasa de Mortalidad de mujeres entre 20 a 44 años y 65 a 79 años, como comuna supera la Tasa regional y nacional, sin duda se requiere realizar plan de trabajo con enfoque de salud familiar y de las determinantes sociales, con las redes comunales, regionales,

Baja Cobertura de Empa de Mujeres y Hombres, Buscar nuevas estrategias para promocionar e incentivar a la población sana a realizarse el examen de medicina preventivo con el objetivo de fortalecer los factores protectores; la pesquisa precoz de diversas patologías

Baja Cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus, Buscar nuevas estrategias para concientizar a la comunidad la importancia de llevar un buen control de la enfermedades crónicas para prevenir consecuencias devastadoras para su vida

Cobertura evaluación Pie diabético, siendo un indicador de atención primaria y estando con una cobertura por debajo a la cobertura nacional (90%) es prioritario fortalecer la prevención de ulceras de pie diabético a través de la atención integral del usuario con enfoque familiar.

Aumento del Embarazo adolescente. Sin duda se requiere el trabajo conjunto del equipo de salud para establecer estrategias de prevención del embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas, violencia, entre otros.

Obesidad Infantil. Establecer un Plan de trabajo con la red comunal (educación, salud, social, deporte) es fundamental para lograr bajar la prevalencia de la Obesidad.

Enfermedades de Notificación Obligatoria. A nivel comunal se observan que la Tasa Enfermedad de Transmisión sexual y la Tuberculosis son las más altas, por lo cual se hace necesario estrategia de prevención y control de estas.

Cobertura de Trastornos de Salud Mental, el aumento de las consultas de salud mental (trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros), en la atención primaria de salud, hace necesario buscar estrategias para reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

Sección III.- PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN(Planilla Excell)

Sección IV.- PLAN DE CAPACITACION (Documento adjunto)

Sección V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Censo Poblacional 2002. 2012
- Minsal, DEIS. Indicadores epidemiológicos de Salud.
- Orientaciones Programáticas 2019. Minsal.
- Encuesta Casen. Mideplan.
- www.minsal.cl
- Reportes Comunales de la Biblioteca del Congreso.

PLAN DE CAPACITACIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
I.MUNICIPALIDAD DE QUINTERO

INTRODUCCIÓN

La Capacitación es considerada como un proceso educativo, el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual se adquieren conocimientos, desarrollo de habilidades y técnicas necesarias para acrecentar la eficacia en el logro de las metas y un mejor desempeño en los diversos ámbitos de la atención de salud.

El Plan de Capacitación garantizará que los funcionarios adquieran los conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar de forma íntegra las labores específicas de su función, lo que permitirá modificar actitudes frente a diversos aspectos de la organización, el puesto de trabajo o el ambiente laboral, uno de los principales objetivos es potenciar al funcionario en sus habilidades y mejore sus conocimientos que aplicará en su puesto de trabajo, contribuyendo con el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria.

Este Plan de Capacitación se estructura en base a las necesidades del Departamento de Salud, el desarrollo personal y laboral de sus funcionarios y en base a los nueve ejes prioritarios que tiene el MINSAL para desarrollo y potenciar estas áreas, esto con la finalidad de potenciar el talento humano de una manera directa y eficaz. Se orienta principalmente a generar un cambio de actitud en aquellos funcionarios que lo requiera, creando un clima laboral satisfactorio, aumentando la motivación, el trabajo en equipo y que estos conocimientos adquiridos repercutan directamente en la atención de los Usuarios del Departamento de Salud.

FUNDAMENTACIÓN

Considerando que el Recurso más importante en cualquier organización lo forma el personal. Esto es de especial importancia en la organización que presta servicios, en la cual la conducta y rendimiento de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan. Un personal motivado y trabajando en equipo, son los pilares fundamentales en los que las organizaciones sustentan sus logros.

El principal instrumento de trabajo en la atención primaria es el personal que brinda la atención gracias a sus conocimientos, habilidades, destrezas y competencias, por lo que se vuelve fundamental otorgar la oportunidad de capacitación que se requiere para avanzar hacia la implementación del modelo de atención biopsicosocial y multidisciplinario, y así responder de una forma efectiva las demandas de los usuarios, familias y comunidad.

Las nuevas directrices y reforma de Salud, define el Nuevo Modelo Integral de Salud, 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 la persona, considerada en su integridad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural". Este modelo presenta un gran desafío, como lo es el de desarrollar una política de Recursos Humanos, orientada a fortalecer la implementación del Modelo Integral de Salud para el nivel de atención primaria de salud, quienes asumirán cambios diversos y profundos para lograr la mejoría de calidad de atención y por consiguiente la satisfacción de la Población Usuaria.

Cada funcionario que se desempeñe en Atención Primaria de Salud deberá poseer las competencias del Modelo de Salud Familiar al término del trienio, razón por la cual el presente Programa de Capacitación está orientado principalmente a cumplir con este desafío.

ALCANCE

El Plan de Capacitación incluye a todo el personal contratado por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quintero.

OBJETIVO

Promover e instruir al personal con conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyan a mejorar su desempeño técnico y de gestión, la capacitación contribuirá a desarrollar los conocimientos necesarios, habilidades y destrezas de los funcionarios para mejorar el desempeño en su puesto laboral. Desarrollando conocimientos y habilidades específicas que beneficien la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Objetivos Específicos

1. Potenciar y desarrollar los nueve ejes prioritarios que ha propuesto el MINSAL para planes de capacitación.
2. Reforzar los valores, la comunicación, el trabajo en equipo.
3. Potenciar el desarrollo personal en el puesto laboral.
4. Fomentar los conocimientos del personal, en el progreso de su campo laboral.
5. Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.

6. Desarrollo de competencias y destrezas personales cimentado en principios éticos y morales sustentados en la transparencia, honorabilidad, responsabilidad social y trabajo en equipo.

ESTRATEGIA

El plan de capacitación se abordará desde cuatro ejes:

1. **Capacitación Preventiva**, es aquella orientada a prever los cambios que se producen en los funcionarios pues su desempeño puede variar con los años, sus destrezas pueden deteriorarse y la tecnología hacer obsoletos sus conocimientos. Tiene por objeto la preparación del personal para enfrentar con éxito la adopción de nuevas metodologías de trabajo, nueva tecnología o la utilización de nuevos equipos. Se incluye la capacitación en seguridad.

2. **Capacitación Correctiva**, está orientada a solucionar "problemas de desempeño". Su fuente original de información es la Evaluación de Desempeño, pero también los estudios de diagnóstico de necesidades dirigidos a identificarlos y determinar cuáles son factibles de solución a través de acciones de capacitación.

N° EJE	RESULTADOS ESPERADOS (Objetivos)	ACTIVIDAD CAPACITACION	N° PARTICIPANTES POR CATEGORIA							N° HRS.	FINANCIADO CON APORTES DE				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA
			A Méd - Odont. - QF	B Otros Prof.	C TENS	D Téc. de Salud	E Administrativo	F Aux. de Servicio	TOTAL PARTIC		ITEM CAPACITAC SSVQ $	MUNICIPIO $	OTRO $	TOTAL COSTO ESTIMADO $			
7	Que el equipo de salud Adquiera los conocimientos sobre el Modelo de atención de Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.	Salud Familiar	2	5	4	1	3	5	20	30	x			$1.500.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Mayo
2	Educación para la prevención de la violencia. Que el equipo de salud logre identificar conductas entre los usuarios y prever que exista violencia.	Violencia y Enfoque de Género.	3	5	4	1	3	5	21	15		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Abril
2	Fomentar el cuidado y trato a pacientes, con capacidades diferentes en todos sus ámbitos. (Dismovilizados, Postrados,	Inclusión	2	6	5	1	4	2	20	10		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Sep

	Problemas motores e intelectuales, entre otros)																
9	Que el equipo de salud adquiera las herramientas y conocimientos necesarios, que le permitan sobreponerse y saber actuar frente a situaciones de emergencia y desastre.	Como actuar frente a situaciones de emergencia y desastres.														Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	
5	Revitalizar el lenguaje autóctono Chileno y de Población migrante, así culturalizar a los funcionarios que atienden pacientes provenientes tanto de pueblos indígenas como del extranjero.	Lenguajes e interculturalidad	3	7	5	1	4	4	24	18		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Marzo
7	Reforzar al equipo, en las orientaciones e instrucciones	Gestión de la Información	2	2	2	0	2	0	8	14		X		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Enero

	al interior del centro de salud, información clara para funcionarios y posterior orientación al paciente.															
7	Comunicar sobre los nuevos programas de telemedicina, su proceso y funcionamiento.	Telemedicina	2	4	2	0	2	0	10	10		x		$320.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Febrero
7	Conocer las garantías explícitas en salud, protocolos y registros SIGGES.	GES	2	4	2	0	2	0	10	16			x	$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Junio
8	Fortalecer las competencias de los funcionarios en el buen trato al usuario, la comunicación, mediación, identificación y resolución de conflictos al interior del establecimiento de salud.	Trato al Usuario y Resolución de conflictos	6	18	17	2	5	11	59	17	x			$1.600.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Julio

I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO

DECRETO ALCALDICIO N° 000013

QUINTERO, 04 ENE. 2019

VISTOS:

1. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para los años 2017 – 2019;*

2. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para el año 2019;*

3. *La Sesión Ordinaria N° 3 del Concejo Municipal de fecha 11 de enero del 2017 que aprueba el Plan de Salud Comunal para los años 2017 – 2019;*

4. *La Sesión Ordinaria N°72 del Concejo Municipal de fecha 05 de diciembre del 2018 que aprueba el Plan de Salud Comunal año 2019;*

5. *Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.*

DECRETO

1. ***APRUEBESE,*** *en su totalidad, El Plan de Salud Comunal para la Comuna de Quintero 2019 documento el cual consta de 88 páginas entre las cuales se detalla: Diagnostico de la situación comunal, Recurso Humano – Dotación, Plan de cuidados de Salud de la Población, Plan de Capacitación.*

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
SECRETARIO MUNICIPAL

YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
ALCALDE

MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

Distribución:

1. *Contraloría Regional*
2. *Alcaldía.*
3. *Administrador Municipal.*
4. *Secretaría Municipal.*
5. *Personal*
6. *Dirección Administración y Finanzas*
7. *Control.*
8. *Departamento de Salud.*
9. *Interesado*

MCP/YGS/JAE/agc.-

PLAN SALUD COMUNAL QUINTERO







I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2019

NOVIEMBRE 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.-Introducción

- Historia de Quintero
- Departamento de Salud de Atención Primaria Municipal

II.-Diagnóstico de la Situación Comunal

1. **Caracterización Poblacional**
   - 1.1. Tamaño Poblacional
   - 1.2. Estructura por grupos de edades
   - 1.3. Distribución por sexo
   - 1.4. Crecimiento Poblacional (Tasa de Natalidad)
2. **Factores Condicionantes y Determinantes Sociales**
   - 2.1. Geográficos
   - 2.2. Medio Ambientales
   - 2.3. Acceso y Comunicación
   - 2.4. Étnicos
   - 2.5. Culturales
   - 2.6. Socioeconómicos
   - 2.7. Educacionales
   - 2.8. Vivienda
   - 2.9. Servicios Básicos y Saneamiento
   - 2.10. Seguridad Social
   - 2.11. Desarrollo Comunitario
   - 2.12. Sector Salud
     - 2.12.1. Organización de la Red Asistencial
     - 2.12.2. Flujos de Derivación
     - 2.12.3. Recursos Materiales
     - 2.12.4. Recursos Financieros
     - 2.12.5. Recursos Humanos
3. **Daño en Salud**
   - 3.1. Tasas de Mortalidad
     - 3.1.1. Mortalidad General (Índice de Swaroop)
     - 3.1.2. Mortalidad Infantil
     - 3.1.3. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia
     - 3.1.4. Mortalidad del Adulto
     - 3.1.5. Mortalidad del Adulto Mayor

3.1.6. Mortalidad por Causas
3.2. Esperanza de Vida al nacer
3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)
3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
3.5. Indicadores de Morbilidad
3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
3.7. Consultas Médicas (Tasas de Consultas)
3.8. Exámenes de Salud
3.9. Egresos Hospitalarios
3.10. Pensiones de Invalidez
3.11. Problemas de Salud Percibidos por la población (Diagnóstico Participativo)
3.12. Problemas de Salud Prioritarios

III.- Plan de Cuidados de Salud de la Población

IV.-Plan de Capacitación

V.- Referencias Bibliográficas

I.- INTRODUCCIÓN

- **HISTORIA DE QUINTERO**

La bahía de Quintero, fue descubierta a fines de 1536 por el capitán español don Alonso de Quintero, quien al mando de la nave Santiaguillo acompañaba con hierro, telas y otros materiales a las huestes del descubridor don Diego de Almagro. Alonso de Quintero recala en esta bahía a mediados de 1536, en busca del Adelantado y al ver tan hermoso lugar le coloca su nombre, y así lo establece en la carta de navegación que dibuja.

Cerca de Quintero, en el área de Chilicauquen, pasaba el Camino del Inca, obra de la ciencia de ingeniería indígena, que nacía en la ciudad del Cuzco, en Perú para llegar a la zona central de Chile.

Esta bahía no vuelve a ser visitada hasta 1587, año en que llega el corsario inglés Thomas Cavendish, este se abastece de agua, leña y algunos alimentos, pero su tranquilidad se rompe cuando soldados enviados desde Santiago por el corregidor Alonso Campofrío de Carvajal, que al tomar conocimiento de la llegada de los extranjeros, los envía a desalojar, produciéndose la primera batalla de este tipo en tierra chilena.

Los ingleses son vencidos, algunos de ellos mueren y otros son tomados prisioneros y llevados a Santiago, los más logran huir y refugiarse en el roquerío frente a Loncura, desde donde son rescatados por las embarcaciones inglesas.

En 1601, estos terrenos fueron entregados en Encomienda al soldado español de noble linaje Simón Diez de Hidalgo, natural de Toledo, y que se había destacado en la guerra de Arauco. Este desarrolla la agricultura, especialmente la plantación de vides. Vive en el sector hasta 1624, fecha en que enferma y muere en Quillota. En 1615 recala en la bahía otro corsario, esta vez es el marino alemán Joris Spilpergen, al mando de una flota de seis buques.

Los primeros en habitar Quintero como puerto de mar fueron los jesuitas, quienes lo empezaron a utilizar como tal para sacar por este punto la producción de sus haciendas que iban desde Viña del Mar hasta sus tierras de Ocoa.

En 1822, llega a Quintero el ilustre vicealmirante Tomás Alejandro Cochrane, Conde Dundonald, quien había adquirido una hacienda al sudeste de la península que cierra por el sur de la bahía de Quintero. Se construye una casa de dos pisos en la ladera oriente del Cerro Centinela, trae nuevas semillas para la actividad agrícola, abre los potreros a los pescadores. En esa época recibe a su amiga la escritora Mary Graham en su casa, y ella vive el terremoto de 1822, el que describe en su libro Diario de Mi Residencia en Chile. También describe las bellezas de Quintero, en especial su avifauna.

El 24 de noviembre de 1865, el Presidente José Joaquín Pérez dicta un Decreto Ley que dice " Créase el Puerto Mayor de Quintero, en la bahía que lleva su nombre".

En 1870 el intendente de Valparaíso, admirador de Lord Cochrane impulsa la idea de convertir este lugar en Población Cochrane, pero la idea no prospera.

En 1891, en la extensa playa de la herradura de Quintero las tropas Congresistas contrarias a Balmaceda al mando del capitán de navío Jorge Montt, desembarcan en plena guerra civil para dirigirse a Concón y Placilla, lugares en que se desarrollan dos cruentas batallas.

Antes en 1871, Luis Cousiño Squella motivado por Benjamín Vicuña Mackenna había comprado la península y amplias franjas de terreno de su zona rural. La familia Cousiño inicia la formación de Quintero como ciudad, y mediante decreto 4.004 el Presidente Barros Luco aprueba el 7 de septiembre de 1912 el plano de la población de Quintero " que forma parte de los planos presentados por don Alberto Cousiño, concesionario del ferrocarril de San Pedro a Quintero".

Creación de la comuna y su municipalidad:

El 22 de diciembre de 1891, nace la Ilustre Municipalidad de Quintero, cuando mediante el Decreto 2297 del Ministerio del Interior, el Presidente Montt crea las 195 Comunas Autónomas con sus propias Municipalidades, la número 55 de ese decreto es Quintero.

Tiene en sus inicios el territorio de tres subdelegaciones 17 Quintero, 18 Puchuncaví y 19 Boco.
En 1921 se establece la Armada, y en 1930 en su lugar se instala la Fuerza Aérea de Chile.

- **DEPARTAMENTO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL**

En abril del año 2010 se formó el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero, el cual contempló la implementación de un centro de salud en
Loncura. La Posta Rural de Salud inaugurada un día martes 25 de octubre 2011, el costo aproximado de la obra fue de aproximadamente 220 millones de pesos.

El Departamento de Salud con la posta de Salud Rural son una entidad joven, con proyecciones humanitarias, enfocadas al trato eficiente, eficaz y con calidez hacia la población, lo cual ha significado la migración continua de usuarios desde otras dependencias de salud.

Visión: Ser un establecimiento de atención primaria de salud incorporado a un sistema y con alianzas de trabajo con su comunidad y el sector para potenciar el auto cuidado y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, la familia, la comunidad y su entorno.

Misión: Equipo de salud que otorga atención de salud a su población beneficiaria con un modelo de enfoque familiar continuo y articulado a una red asistencial, a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y de su entorno natural, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

Objetivo: La Posta de Salud Rural de Loncura tiene como objetivo aportar en la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial mejorando el acceso, oportunidad y resolución de los problemas de salud de su comunidad.

II.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

1.- CARACTERIZACION POBLACIONAL

1.1 Tamaño Poblacional

Tabla nº 1: Tamaño Poblacional según Proyecciones Poblacionales del INE 2002-2020

	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%
TOTAL	**28.124**	**100**	**28.581**	**100**	**29.035**	**100**	**29.480**	**100**
HOMBRE	13.800	49	14.018	49	14.233	49	14.447	49
MUJERES	14.324	51	14.563	51	14.802	51	15.033	51

Fuente: INE

1.2 Estructura por grupos Etarios.

La población de Quintero representa un 1,8% de la población regional (Tabla nº 2). La distribución por grupo etarios según las proyecciones poblacionales del INE, muestra que los porcentajes de la comuna están en proporción casi igualitaria a la regional, en los subgrupos de edad.

Tabla nº 2: Población según Grupos Etarios, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	COMUNA QUINTERO		REGIÓN DEL VALPARAISO	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 15 años	6.624	20,7	346.131	19,1
15 a 44 años	13.141	41,2	777.719	42,8
45 a 64 años	7.900	24,8	444.939	24,5
65 y más años	4.258	13,3	247.113	13,6
TOTAL	**31.923**	**100**	**1.815.902**	**100**

Fuente: Censo 2017.

1.3 Distribución por Sexo.

En la distribución de la población según las proyecciones poblacionales INE, el rango etario que predomina es entre los 15 a 44 años. En relación a la distribución por sexo en su totalidad predominan las mujeres.

Tabla nº 3: Población según Grupos Etarios y Sexo, Comuna de Quintero, año 2017

SUBGRUPOS	HOMBRES		MUJERES	
	N°	%	N°	%
Menor de 15 años	3.424	21,6	3.200	19,9
15 a 44 años	6.591	41,6	6.550	40,7
45 a 64 años	3.888	24,6	4.012	24,9
65 años y mas	1.931	12,2	2.327	14,5
TOTAL	15.834	100	16.089	100

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2017. INE.

1.4 Crecimiento Poblacional

Al realizar un estudio de la población de la comuna para los años 2015 al 2020, se puede apreciar que según la proyección de crecimiento población, la tasa de crecimiento anual va en disminución gradual, principalmente en los años 2018 – 2019 (Tabla n°4).

La tasa de natalidad de la comuna de Quintero está por sobre la tasa de natalidad nacional y regional. (Tabla nº 5)

Tabla nº 4: Tasa de Crecimiento Poblacional Estimado INE, 2015-2020. Comuna de Quintero

	AÑOS						Variación % período 2015-2020
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
POBLACION COMUNAL	**27,667**	**28,124**	**28,581**	**29,035**	**29,48**	**29,931**	
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL COMUNAL%		**1,65**	**1,62**	**1,58**	**1,53**	**1,52**	**7,9**
TASA DE CRECIMIENTO ANUAL REGIONAL %		**0,93**	**0,91**	**0,88**	**0,85**	**0,83**	**4,4**

Fuente: Proyecciones Poblacionales INE 2002-2020 1.36

Tabla nº 5: Tasa de Natalidad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2016

Territorio	Natalidad	Tasa *
COMUNA DE QUINTERO	370	14.1
REGIÓN DE VALPARAÍSO	22.165	13.0
PAÍS	231.721	13.6

Fuente: DEIS, 2016 (*) Tasas por 1.000 habitantes Nacidos vivos corregidos

2.- FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES SOCIALES

2.1 GEOGRÁFICOS.

La comuna de Quintero se encuentra localizada en la V Región, específicamente en el litoral norte de la Provincia de Valparaíso. Se ubica a 50 kilómetros de Valparaíso y a 41 kilómetros Viña del Mar. Se accede a través de las Rutas F-30 E, F-210. Dista a 170 Kilómetros de Santiago, a través de las Rutas 5, F-20, E- 30 F y F- 210. De Mendoza (República Argentina) dista a 484 Kilómetros y se accede a través de las Rutas 60, 5, F - 30 E y 210. Asimismo, dista a 141 Kilómetros, de Los Andes, a 45 Kilómetros de Quillota y a 22 Kilómetros de Concón.

Sus Límites corresponden a: al norte, con la comuna de Puchuncaví, al Este con la comuna de Quillota, al sur con la comuna de Concón de la cual la separa el rio Aconcagua y al Oeste limita con el Océano Pacífico.

Se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el mar, cuenta con una superficie de 174 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,43 % de la superficie regional.

2.2 MEDIO AMBIENTALES

Principales Unidades Geomorfológicas

En términos geomorfológicos, se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el océano Pacífico, la cual constituye una formación rocosa denominada Horcón, que sustenta formaciones dunarias.

En general, el relieve es llano, con escasas pendientes; en la zona litoral se presentan dos accidentes geográficos determinantes para la habitabilidad y el desarrollo económico de la comuna: una península y una bahía; hacia el oriente de la comuna, existen zonas de relleno fluvial relacionadas con la cuenca del río Aconcagua.

La comuna de Quintero posee dos de las seis cuencas de mayor extensión de la V región, lo que implica que en sus zonas rurales, haya un gran potencial agrícola, considerando los rellenos acuíferos respectivos.

Clima

Climáticamente, se encuentra en la zona mediterránea, asociada a biomas subtropicales por sus condiciones climáticas y geográficas, especialmente al bosque esclerófilo. Posee una temperatura media de 14,8°C, con precipitaciones medias de 300 mm/año. Su tipo climático según clasificación Köppen-Geiger, corresponde al Csb oceánico mediterráneo (verano suave), caracterizado por temperaturas templadas cálidas con lluvias invernales, estación seca prolongada y gran nubosidad. La evaporación máxima absoluta de 14.000 ml/m2 y su mínima absoluta de 100 ml/m2. Los vientos Suroeste son los predominantes, con una velocidad media de 26 km/h (Rojas, 2008).

Humedales

Quintero sorprende con verdaderos oasis llenos de vida silvestre y de exuberante vegetación. Humedales que muestran un rostro prácticamente desconocido de la comuna, ubicados en distintos lugares de la comuna, El Bato, Loncura, Ritoque y Mantagua

En el Bato, dentro de la planta de lubricantes copec. Ubicada en el camino costero de Loncura, se encuentra un pequeño humedal en donde se pueden avistar aves tales como el famoso siete colores que viven en la mayoría de los humedales del sector. Patos silvestres, águilas, entre otras aves. La flora del lugar, compuesta por nalcas o pangue, colas de zorro, familias de hongos, canelos, palqui, y enormes árboles que rodean el lugar brindando protección al humedal.

El humedal bosque de Petras, declarado santuario de la naturaleza, por estar bajo la protección de la fuerza aérea, tiene una superficie que abarca aproximadamente 42 hectáreas de terreno, de los cuales 5,6 Hc. lo constituye un área boscosa de petras, canelos y peumos, entre otros árboles nativos. Hay también pajonales y lagunas, en que habitan unas 60 especies de aves. Rodeando el pajonal, se extiende un conchal, evidencia de los antiguos habitantes de la zona; en él se encuentran restos de moluscos y bivalvos, fragmentos cerámicos, ceniza y piedras de antiguos fogones.

La actual permanencia del bosque se debe al afloramiento de aguas subterráneas que otorgan la humedad suficiente a las especies que lo componen, propia de latitudes más sureñas, lo que avala la hipótesis de un clima más húmedo para la zona en tiempos geológicos recientes. El afloramiento de la napa freática, permite apreciar una transición de la vegetación, lo que permite observar variedades, típicas de zonas más húmedas, como la nalca, junto a la conocida totora y el trome, también se observa el contraste entre la pradera silvestre y el bosque.

El bosque se constituye en un refugio natural adecuado para la alimentación, descanso y reproducción de un número importante de especies nativas. (www.ualberta.ca)

El humedal de Ritoque, por la cercanía de este humedal con el bosque de petras, existe la posibilidad que compartan sus napas.

Contaminación Ambiental con incidencia en la salud de la población en Quintero.

Este año 2018, en el mes de Agosto (21.08.18), se generó una de las situaciones más complejas en materia medioambiental que ha ocurrido en la Región de Valparaíso y que afectó en su estado de salud, en primera parte a 53 personas las cuáles provenían de establecimientos educacionales de la comuna, evacuando a los afectados de manera inmediata a los distintos centros asistenciales de Quintero.

Posteriormente ocurrieron una serie de hechos similares, declarando dos veces alerta amarilla en la zona hasta el 24 de Septiembre de este año. Sin embargo la Contralaría General de la República aprobó el decreto de Alerta Sanitaria en Quintero y Puchuncaví desde el día 25 de Septiembre del 2018 hasta el 30 de Marzo del 2019, donde permitirá al Seremi de Salud de la Región de Valparaíso, paralizar o disminuir las faenas de las empresas cuando se presenten condiciones atmosféricas adversas.

Esta realidad Medio Ambiental en la comuna de Quintero data de la década de los 50, específicamente en la localidad de Ventanas, lo cual dio el paso para crear el cordón industrial de toda esta zona conocida a nivel nacional.

Uno de los principales puntos de conflicto que la comunidad señala, es la falta de fiscalización y regulación de normas medio ambientales establecidas por la OMS de todos los procesos que se ejecutan en

el polo industrial, además de la falta de pruebas clínicas cuantitativas (exámenes) para determinar el estado actual de salud de las personas que están permanentemente en contacto con los productos que emanan de las empresas en cuestión y que genera incidencia en la cotidianeidad de las personas.

2.3 ACCESO Y COMUNICACIÓN

Acceso

Las principales vías de acceso a la comuna de Quintero corresponde a la siguiente: las rutas F-20 y F160, F-30-E, F-210 y F-212 ejes que unen los centros urbanos del borde costero de la bahía con centros urbanos de mayor jerarquía como Viña del Mar, Concón, etc.
La ruta F-30-E se enlaza con la ruta F-210 que conecta la localidad de Loncura y la ciudad de Quintero. La ruta F-30-E sigue hacia el norte, conectando los balnearios de Maitencillo, Zapallar y Cachagua.

Complementariamente a lo anterior, los medios de transporte, en la ciudad de Quintero, permiten el traslado tanto a centros urbanos intermedios como Concón y Puchuncaví, como a centros urbanos regionales y metropolitanos, como Valparaíso y Santiago. No obstante, la cantidad de líneas para estos traslados se limitan a las siguientes: Costa Azul y Sol del Pacífico para las rutas Quintero – Concón – Viña del Mar – Valparaíso (F-210 y E-30-E, Ruta 60); y Pulman Bus, Palmira, Golondrina y Cóndor Bus, para la ruta Quintero – Santiago (F-210 y E-30-E, Ruta 60 y Ruta 68).

Por otra parte, el sector rural de Quintero no cuenta con medio de transporte hacia el interior de la zona, solo en la localidad de Loncura existe presencia de transporte público y taxis colectivos que circula constantemente pero con una frecuencia irregular.

Comunicación

Los medios de comunicación televisivos presentes en la comuna comunas corresponden a señales nacionales abiertas, televisión por cable y de tipo satelital. En cuanto a las radioemisoras, existe cuatro radio comunal (Radio Quintero 105.7 MHz FM - Radio Favorita 107.3 MHz FM, Radio Loncura 93.7 MHz FM, Radio Las Petras FM), sumado a aquellas radioemisoras que transmiten a nivel nacional y regional; misma situación acontece a nivel de prensa escrita, donde existen solo aquellos medios de circulación nacional y regional.

Los medios de mayor presencia en la zona se encuentran:

- Medios escritos: Diario "El Observador" y "El Contraplano" pasquín de distribución escrita.
- Radio emisoras: Radio Quintero, Radio Favorita, Radio Loncura, Radio Petras.
- Canales de televisión: "Canal de la Costa".
- Sitios web: http://www.muniquintero.cl/ (portal de noticias municipal).

2.4 ÉTNICOS

En relación a las etnias presentes en la comuna se censaron 254 personas que pertenecen a un grupo étnico 131 hombres y 123 mujeres. Las etnias existentes corresponden a las siguientes (Tabla nº 6)

Tabla nº 6: Población según Etnia declarada, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

ETNIA	% Según Territorio		
	Comuna	Región	País
Diaguita	3,0	5,7	4,1
Aymara	3,8	4,9	7,2
Mapuche	84,3	77,3	79,8
Rapanui	0,8	3,8	0,4
Otras	3.4	3,9	5,4
Ignorado	4,7	4,4	3,1
TOTAL	100	100	100

Fuente: censo 2017
Etnia corresponde al 7% de la Población total.

2.5 CULTURALES

En el mes de Noviembre del 2013, en la comuna de Quintero se crea la Corporación Municipal de Cultura y Turismo, la cual se plantea desafíos en el área de Cultura y Patrimonio de la Municipalidad que están directamente relacionados con el rescate del "Patrimonio Cultural Quinterano", el conocer y reconocer su historia, mitología y su difusión para la comunidad, no sólo lograr que sea consciente de la misma, sino también esperar ser parte de un presente comunitario que reconozca y valore su propia tradición.

Una de las particularidades de Quintero, es que tiene mucha tradición a destacar, desde arquitectura patrimonial, patrimonio natural y ambiental e historia, todo este capital cultural es una fuente de vida y desarrollo de la comuna.

Actualmente la I. Municipalidad se encuentra desarrollando algunos talleres artísticos como teatro y la Orquesta Juvenil Municipal, los cuales representan un primer acercamiento de la cultura y del desarrollo continuo de estas actividades, hacia la población.

Otro aspecto importante es el relacionado con identidad histórica, actualmente se incentiva a los ciudadanos a conocer su historia y sus patrimonios culturales a través del Museo de la comuna, rico en antigüedades, además recientemente fue inaugurada la Restauración de la "Casa Estación".

Entre proyectos se encuentra la recuperación la Puntilla de San Fuentes y la Cueva del Pirata, los cuales cobijan parte importante de la historia de la comuna y que se encuentran en situaciónn de abandono.

En la Comuna de Quintero existen dos Monumentos Nacionales declarados que se identifican a continuación:

- **Casa y Bodega ex Hacienda Santa Rosa de Colmo**, desde el año 1987
- **Santuario de la Naturaleza Bosques de Petras**, desde el año 1993

Dentro de las fiestas tradicionales de la comuna se encuentran:

"Cristo Sumergido Rey del Universo": celebración devota que la I. municipalidad de Quintero realiza en conjunto con la Parroquia Santa Filomena y que convoca a más de 20 bailes religiosos de todo el país.

La **"Fiesta de San Pedro"** festividad en que pescadores celebran a su santo patrono San Pedro con bailes religiosos

La **"Fiesta de la Primavera"** celebración que no se realizaba en la comuna desde hace 40 años. La administración municipal en conjunto con la corporación de la cultura comenzó a rescatar esta tradición desde el año 2015.

2.6 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

De acuerdo a los Reportes Comunales de 2014, proporcionados por el Ministerio de Desarrollo Social, "se observa que en la comuna la población de 20 años de edad y más que está afiliada al seguro de cesantía (25,4%) supera levemente el porcentaje observado a nivel regional pero está bajo el valor alcanzado a nivel nacional (24,9% y 32, 9 % respectivamente) además en Quintero, una mayor proporción de los afiliados tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido.

La alta tasa de trabajadores por cuenta propia, revela la precariedad laboral, y por ende, bajos ingresos y ausencia de previsión social, frente a lo cual el municipio ha implementado de manera permanente programas de inserción laboral, a través de su Oficina de Intermediación Laboral.

Tipo	Porcentaje
Empleados/obreros asalariados	60,40%
Trabajadores por cuenta propia: carpinteros, albañiles, gasfitería, pescadores artesanales.	31,70%

Ocupación y Cesantía

Según la estimación de la pobreza se puede decir que la comuna de Quintero bajo su tasa de pobreza en 3.1 puntos porcentuales, entre los año 2013 y 2015, pero aún está lejos de alcanzar la tasa a nivel regional y nacional

Tabla N° 7: Estimación de Incidencia de pobreza (%). Comuna de Quintero, Región del Valparaíso, 2015

Territorio	2013	2015	Diferencia pobreza 2013-2015(puntos porcentuales)
COMUNA*	18.9	15.8	-3.1
REGIÓN	15.6	12.0	-3.6
PAÍS	14,4	11.7	-2.7

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2017

*** Sólo estimaciones comunales son SAE, la información que se refiere a regiones y país provienen de medición a partir de Casen 2015.**

Tabla Nº 8: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Quintero, 2017

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidios Monetarios	Ingreso Monetario
Comunal	S/R	S/R	S/R
Nacional	915.484	31.113	946.597

Fuente: Encuesta CASEN, Ministerio de Desarrollo Social.2017.
Reporte Estadístico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Tabla Nº 9: Número de trabajadores por Rama de Actividad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2014-2016

Rubro Empresa	Comuna		
	2014	2015	2016
AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA	1.010	936	749
PESCA	460	414	446
EXPLOTACION DE MINAS Y CANTERAS	8	1	0
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS NO METALICAS	687	233	226
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS METALICAS	237	288	121
SUMINISTRO DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	11	12	12
CONSTRUCCION	2.335	2.659	3.232
COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR, REP VEHAUTOMOTORES/ENSERES DOMESTICOS	614	671	711
HOTELES Y RESTAURANTES	311	315	310
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	270	288	326
INTERMEDIACION FINANCIERA	11	6	10
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS, EMPRESARIALES Y DE ALQUILER	207	192	286
ADM PUBLICA Y DEFENSA, PLANES DE SEG SOCIAL AFILIACION OBLIGATORIA	849	882	853
ENSEÑANZA	328	340	319
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	15	31	52
OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS COMUNITARIAS, SOCIALES Y PERSONALES	45	43	59
CONSEJO DE ADMINISTRACION DE EDIFICIOS Y CONDOMINIOS	12	11	2
ORGANIZACIONES Y ORGANOS EXTRATERRITORIALES	0	0	0
SIN INFORMACION	19	14	16

Fuente: Servicio de Impuestos Internos (SII)

2.7 EDUCACIONALES

Tabla Nº 10: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	11.8
REGIÓN	11.4
PAÍS	11.2

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, Ministerio de Desarrollo Social

Tabla Nº 11: Establecimientos educacionales por dependencia. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso.

Establecimientos	Comuna		Región		País	
	2014	2017	2014	2017	2014	2017
Corporación Municipal	0	0	144	141	1.106	1.088
Municipal DAEM	6	6	318	315	4.225	4.108
Particular Subvencionado	10	10	705	690	6.065	5.866
Particular Pagado	0	0	99	97	595	671
Corporación de Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Total	16	16	1.272	1.249	12.061	11.749

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 12: Resultados SIMCE Cuarto Básico 2015, 2016, 2017.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

4to Básico	Comuna			Región			País		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Lectura	241	240	245	263	263	264	265	267	269
Matemática	219	225	250	256	259	258	260	262	261

http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 13: Resultados SIMCE Segundo Medio 2016, 2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

2do Medio	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Lectura	197	247	248	252	247	252
Matemática	207	246	266	266	266	266

Fuente: http://www.agenciaeducacion.cl/

Tabla N°14: Resultados promedio PSU por dependencia 2016-2017. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

PSU Promedio por Dependencia	Comuna		Región		País	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Municipal	402	445	427,86	431,42	453,77	457,19

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/

2.8 VIVIENDA

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de último Censo 2017, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor que el porcentaje de hogares en esta misma situación que los datos a nivel país, pero mayor a nivel regional.

Tabla N° 15: Calidad de la vivienda. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017.

	COMUNAL	NACIONAL
IM Aceptables	81%	83%
IM Recuperables	18%	15%
IM Irrecuperables	1%	2%

Fuente: Censo 2017.
(IM: índice de materialidad)

Tabla Nº 16: Índice de Hacinamiento de hogares. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017

Calidad de la Vivienda	% según Territorio		
	Comuna	Región	País
Sin Hacinamiento	**85.9**	86.4	83.8
Con Hacinamiento	**14.10**	13.60	16.20
Total	**100**	100	100

Fuente: Reporte Comunal: Quintero, Región de Valparaíso 2017.

2.9 SERVICIO BASICO Y SANEAMIENTO

De acuerdo a los datos recopilados es posible observar que la zona urbana de la Comuna de Quintero cuenta con los servicios básicos de Agua Potable, Electricidad y Alcantarillado. La escasez de estos servicios se explica por la ausencia de ellos en la parte rural de la comuna, las localidades de Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo, Loncura, cuentan con el servicio de agua potable rural.

Actualmente se encuentra en proceso el proyecto de alcantarillado para la localidad de Loncura.

Tabla N°17: Cobertura de Servicios básicos de la Comuna de Quintero.

Antecedentes de Infraestructura	
Cobertura de Agua potable (%)	**99.6**
Cobertura de Alcantarillado (%)	**90.1**
Cobertura de Luz eléctrica (%)	**97**

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2012

Tabla Nº 18: Indicador de Saneamiento. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2013

Lugar	% de Hogares con Saneamiento Deficitario
COMUNA	**10.04**
REGIÓN	12
PAÍS	16.98

Fuente: Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social 2013

2.9 SEGURIDAD SOCIAL

La información sobre denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS)(delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) se registran en forma separada y además las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados.

En términos de evolución, en el país el año 2011 las tasas de denuncias de DMCS y VIF sufren un pequeño aumento respecto a 2010. Luego, el año 2012 ambas bajan, pero las de DMCS vuelve a subir llegando el año 2014 a 2.801,2 denuncias por cada 100.000 habitantes; sin embargo las denuncias de VIF sigue a la baja hasta llegar el año 2014 a 587,5 denuncias por cada 100.000 habitantes.

Tabla N° 19: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de Delitos de Mayor Connotación Social 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	4.310,06	3.711,43	4.258,09
Región de Valparaíso	2.899,35	2.801,14	2.725,21
País	2.801,19	2.701,25	2.528,22

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla N° 20: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de violencia intrafamiliar 2014 a 2016.

Territorio	2014	2015	2016
Comuna de Quintero	649,66	721,06	816,92
Región de Valparaíso	566,69	532,99	496,97
País	587,52	541	519,62

Fuente: http://reportescomunales.bcn.cl/2017

Tabla Nº 21: Distribución de la Población Sistema Previsional de Salud FONASA Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Diciembre 2017.

Tramo de Ingreso	Comuna		Región		País	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	4.976	25,75	305.732	21,32	3.275.666	23,83
B	5.815	30,09	509.148	35,51	4.528.687	32,95
C	3.611	18,69	281.912	19,66	2.617.340	19,04
D	4.922	25,47	336.946	23,50	3.321.594	24,17
Total	19.324	100	1.433.738	100	13.926.475	100

Fuente: Reporte Estadístico Comunal. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017

2.11 DESARROLLO COMUNITARIO

Tabla N° 22: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso. 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	14	25	26
Centros de Madres	3	14	1
Centros de Padres y Apoderados	5	19	4
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	22	47	31
Juntas de Vecinos	14	43	25
Uniones Comunales	2	2	3
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	62	39	55
Compañías de Bomberos	2	2	2
Centros Culturales	6	1	10
Organizaciones Comunitarias (suma total)	130	192	157

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

2.12 SECTOR SALUD

2.12.1 Organización de la Red Asistencial

La Red Asistencial de la comuna de Quintero está constituida por un Hospital de baja complejidad con un consultorio adosado, el cual es de administración del Servicio de Salud y está ubicado en la península de Quintero. Y la Posta de Salud Rural Loncura la cual es el primer centro de Atención Primaria de Salud (APS) de administración municipal, y está ubicado en la Localidad de Loncura. Esta Micro-red está inserta en la Red Asistencial del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota que es el quinto Servicio más grande del país y está constituida por centros de distintos niveles de complejidad organizados en base a redes de referencia y contrarreferencia conformadas por Centros de Atención primaria de Salud, Hospitales Comunitarios, de Baja Complejidad y Hospitales Autogestionados en Red (hospitales de alta complejidad)

insertos en las Áreas de Salud definidas administrativamente por el SS. Estas son: Viña del Mar, Quilpué, Quillota y Petorca. Las comunas que considera cada Área de Salud, el número y tipo de establecimientos por área de salud se informan en las tablas que se muestran a continuación:

Tipo Establecimiento	Area Viña	Area Quilpué	Area Quillota	Area Petorca
H. Alta Complejidad	1	1	1	0
H.Baja Complejidad	1	1	3	3
CAE	1	1	1	
Centros de Salud y CESFAM	13	8	11	3
SAPU	6	2	1	
CECOSF	3	0	3	1
Posta Salud Rural	2	1	8	15
Estación Médico Rural			8	19
Otros	*2		*1	

*CESAM en Limache y Concón
Módulo Odontológico Simón Bolívar en Viña del Mar

2.12.2 Flujo de Derivación

Las derivaciones de pacientes desde Hospital Adriana Cousiño, tanto atención abierta como cerrada, son al Hospital de mayor complejidad de la red asistencial que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke.
La Posta de salud Rural de Loncura realiza sus derivaciones al nivel segundario y terciario de salud por medio de interconsultas otorgadas por los profesionales durante la atención al Hospital Dr. Gustavo Fricke, y sus derivaciones de urgencia al Hospital Adriana Cousiño.

Por otro lado el Hospital deriva pacientes a una red asistencial extra servicio que comprende las derivaciones hacia y desde otros hospitales regionales y nacionales como por ejemplo:

.-Hospital Van Buren, Valparaíso

.-Hospital Psiquiátrico Putaendo.

.-Hospital El Salvador, Valparaíso.

.-Vínculos con otras instituciones relacionadas, como el Instituto de Salud Pública e Instituto Médico Legal.

Además existe una Red Privada a la cual se accede a las prestaciones de las instituciones privadas a través de las compras de servicios por licitación y, en el caso de la compra de camas, a través de la plataforma de la UGCC (Unidad de Gestión de Camas Críticas) del MINSAL.

Establecimiento
Hospital Naval "Almirante Neff"
Clínica Reñaca
Clínica Los Carrera
Clínica Niños y Cunas
Clínica Ciudad del Mar
Hospital Clínico Viña del Mar
Instituto de Seguridad del Trabajo IST Viña del Mar
Clínica Los Abetos
Serviclinica (ex Clínica Nueva Los Leones)
Clínica Miraflores
Hospital Valparaíso.
Hospital del Trabajador ACHS de Valparaíso

En relación a la Red Privada, la Posta de Salud de Loncura también accede a ella a través de compra de servicios por licitación, gracias a los convenios entre el Servicio de Salud viña del Mar Quillota y la I. Municipalidad de Quintero se ha podido otorgar a la comunidad mayor resolutividad, acceso y equidad para las prestaciones de oftalmología, otorrino, exámenes (Mamografías, radiografías, ecotomografía).

2.12.3 Recursos Materiales

En comuna de Quintero existe un hospital de baja complejidad con un consultorio adosado y una Posta de Salud Rural de administración Municipal.

El Hospital Adriana Cousiño cuenta con **Servicios Clínicos** de medicina, urgencia, maternidad, pediatría y dental; un **Consultorio** que otorga prestaciones de Atención Primaria de Salud; **Unidades de Apoyo** como esterilización, lavandería, alimentación, laboratorio clínico, equipo de radiografía, farmacia , unidad de salud mental, pabellón de cirugía menor; **Servicios y Unidades Administrativas** como movilización, abastecimiento, contabilidad, informativa, archivo.

El Departamento de Salud Municipal tiene a su cargo la **Posta de Salud Rural de Loncura**, que tiene 5 años de funcionamiento otorgando las 103 prestaciones de **Atención Primaria de Salud**, cuenta con **Unidades de Apoyo** como Farmacia, compra de servicio de esterilización y exámenes, **Unidad de Servicio de Urgencia Rural** (SUR) con **Ambulancia** que se encuentra operativa, su funcionamiento es de 24 horas

del día de lunes a domingo, También cuenta con una camioneta 4x4 para las visitas domiciliarias, tanto en el sector urbano como rural, de pacientes postrados y otras.

2.12.4 Recursos Financieros

Tabla N° 23: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Municipio	Ingresos Salud (Ingreso Total Percibido) (M$)	Ingresos Totales Área Salud Descontadas las Transferencias del Municipio al Sector (M$)	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M$)	Gastos Salud (Gasto Total Devengado) (M$)	Gasto en Personal del Sector Salud (M$)	Gastos del Funcionamiento del Sector Salud (M$)
QUINTERO	**1.253.939**	**1.253.939**	**797.108**	**1.018.454**	**702.106.488**	**84.785.837**

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. *2017*

2.12.5 Recursos Humanos

DOTACION 2019

CATEGORIA	HRS
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD	44
MEDICO	99
ODONTOLOGO	44
QUIMICO FARMACEUTICO	88
KINESIOLOGA	88
ASISTENTE SOCIAL	44
ENFERMERA	176
MATRONA	88
PSICOLOGA	88
NUTRICIONISTA	44
PROFESIONAL CATEGORIA B ENCARGADO PARTICIPACIÓN	44
INGENIERO (INFORMATICA - COMERCIAL- ADMINISTRACION)	132
ADMINISTRADOR PUBLICO	44
TEC ADMINISTRACION	88
TEC SERVICIO SOCIAL	44
TEC ENFERMERIA	528
TEC ODONTOLOGIA	44
AUXILIAR FARMACIA	88
ADMINISTRATIVO (ADMINISTRACION – ADQUISICIONES – FINANZAS – FARMACIA - SOME)	220
CONDUCTOR	264
AUXILIAR DE SERVICIO (ASEO - RECEPCIONISTA- SERVICIOS GENERALES)	220
TOTAL	**2475**

3.- DAÑO EN SALUD

3.1 Tasa de Mortalidad

3.1.1 Mortalidad Genera (Índice de Swaroop)

La tasa de mortalidad general e índice de swaroop, en la comuna de Quintero cuenta con una tasa menor al índice regional y mayor al nacional de mortalidad general. Según el índice Swaroop la población de la comuna de Quintero fallece a mayor edad que la regional y nacional. (Tabla nº 21)

Tabla nº 24: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Chile 2014

Territorio	TASA DE MORTALIDAD GENERAL*			ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
COMUNA	**6.0**	**6.1**	**6.0**	**82.3%**	**85.2%**	**79.5%**
REGIÓN	6.7	7.1	6.3	82.2%	77.9%	87%
PAÍS	5,7	6.1	5.3	77.9%	72.7%	83.7%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Por 1.000 habitantes

3.1.2 Mortalidad Infantil

Tabla nº 25: Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal (Defunciones menores a 28 días)	Tasa de Mortalidad Post neonatal (Defunciones 28 días a 11 meses)
COMUNA	**5.1**	**5.1**	**0.0**
REGIÓN	6.1	4.2	1.9
PAÍS	7.2	5.2	2.0

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 nacidos vivos

Tabla Nº 26: Evaluación de la mortalidad general, índice de Swaroop y mortalidad infantil Comuna de Quintero, desde año 2008 a 2012

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General	Índice de Swaroop	Tasa de Mortalidad Infantil
2012	14.6	6.1	77	18.3
2011	15.1	6.0	82.3%	5.1
2010	14.5	6.3	81.3%	10.9
2009	14.6	6.5	78.7	10.9
2008	13.7	6.08	76	0.0

Fuente: Departamento de Estadisticas e Información de Salud. MINSAL

3.1.3 Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla nº 27: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez 1-4 años	Tasa de Mortalidad de la Niñez 5-9 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 10-14 años	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia 15-19 años
COMUNA	**6.4**	**0.0**	**0.0**	**5.2**
REGIÓN	2.2	0.8	1.2	3.7
PAÍS	2.9	1.4	1.6	4.3

Fuente: Departamento de Estadisticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.4 Mortalidad del Adulto

Tabla nº 28: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**10.4**	**14.7**	**37.7**	**31.5**
REGIÓN	11.9	5.9	62.5	32.7
PAÍS	13.7	5.6	60.5	33.8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.5 Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla nº 29: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
COMUNA	**26.3**	**21.3**	**121.2**	**76.6**
REGIÓN	30.4	17.4	134.0	101.6
PAÍS	28.7	17.6	128.6	98.8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo

3.1.6 Mortalidad por Causas

Tabla nº 30: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región de Valparaíso 2013- 2014

GRUPOS DE CAUSAS		2013				2014			
		PAÍS		REGIÓN		PAÍS		REGIÓN	
		Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
	Total de Causas [1]	**99.770**	**5,7**	**11.762**	**5,86**	**101.960**	**5,7**	**12.106**	**6,7**
	[2]								
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.867	10,6	294	16,4	1.928	10,8	303	16,7
C00-D48	Tumores (neoplasias)	1.095	6,2	3.035	169,5	1.030	5,8	3.119	172,5
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4.876	27,7	571	32	5.188	29,1	581	32,1
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	2.064	11,7	244	13,6	1.836	10,3	227	12,6
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	3.706	21	440	24,6	3.584	20,1	433	23,9
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	27.660	157	3.617	202	28.064	157,5	3.525	194,9
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	10.269	58,2	1.122	62,7	10.448	58,6	1.198	66,3
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	7.349	41,7	833	46,5	7.469	41,9	789	43,6
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	2.883	16,4	402	22,5	3.073	17,2	461	25,5
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	762	4,3	71	4	842	4,7	61	3,4
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	927	5,3	76	4,2	971	5,4	92	5,1
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2.195	12,4	231	12,9	2.618	14,7	376	20,8
V01-Y98	Causas externas	7.617	43,2	679	37,9	7.746	43,5	752	41,6

Resto de códigos	Resto de causas	21.715	123,2	147	8,2	27.163	152,4	189	10,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2013-2014
[1] tasa total calculado *1.000
[2] tasas de causas calculadas *100.000

3.2 Esperanza de Vida al nacer

Tabla nº 31: Esperanza de vida al nacer, comuna de Quintero. Región de Valparaíso 2013

	PAIS	REGION	COMUNA
Esperanza de vida al nacer de mujeres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	81,5	81,2	79,9
Esperanza de vida al nacer de hombres, 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	75,5	75,3	74,6
Años de diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres. 2005-2010. Epidemiología, Ministerio de Salud	6,0	5,9	5,3

Fuente: Observatorio Social, Reportes Comunales de caracterización social 2013

3.3 Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

Según el **Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal, Julio 2008**, se observa el comportamiento de los AVISA por causa especifica para Chile. La primera causa especifica de AVISA en Chile corresponde a la Enfermedad hipertensiva, la que está compuesta por hipertensión arterial y enfermedad cardiaca hipertensiva. Estos resultados son coherentes con la alta magnitud de la prevalencia de hipertensión en Chile. En el segundo lugar se sitúan los trastornos depresivos unipolares, los trastornos de las

vías biliares y vesícula, la dependencia al alcohol y la cirrosis hepática. Todas patologías que se deben prevenir y pesquisar a tiempo en Atención Primaria de Salud

3.4 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

Tabla N° 32: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Territorio	Año								
	2012			2013			2014		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	161	2.091	82.2	166	2.072	77.5	164	1.830	67.2
REGIÓN	11.667	123.826	70.7	11.762	126.316	70.5	12.106	122.610	67.8

Fuente: DEIS

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se construye con la suma de los AVPP de las personas que en un año determinado fallecieron antes de alcanzar los 80 años de edad, por 100.000 habitantes

3.5 Indicadores de Prestación de Salud

La OMS ha definido **Indicadores** como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. Uno de estos rubros son las prestaciones de atención de salud (de actividad), los cuales se visualizan a continuación:

Tabla N°33: Índice de Atención Primaria de Salud (IAAPS), 2017

	AÑO 2017	
	COBERTURA ALCANZADA	COBERTURA ESPERADA SEGÚN IAAPS
HIPERTENCION	35.3%	57.2%
DIABETES MELLITUS	23.26%	35%
TRASTORNOS MENTALES	17.06%	17%
ASMA EPOC	15.32%	22%
EMPA HOMBRES	18.77%	17.7%
EMPA MUJERES	24.72 %	26.9%
EMPAM	61.41%	60.06%
INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS	87.06%	95%
PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	48.18%	24%
GESTIÓN DE RECLAMOS EN ATENCIÓN PRIMARIA	100%	100%
COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	100%	94%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	0.23	0.24

Tabla N° 34: Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria Ley 19.813, 2017

	AÑO	2017
	CUMPLIMIENTO ALCANZADO	META PROPUESTA
RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	100%	90%
REDUCCION DEL NUMERO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS SIN PAP VIGENTE.	98.4%	Reducir en un 20% brecha
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA ADOLESCENTES DE 12 AÑOS	83.24%	80%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA EN EMBARAZADAS	78.82%	78.7%
AUMENTO DE COBERTURA DE ALTA ODONTOLOGICA NIÑOS/AS DE 6 AÑOS	100%	97%

AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA	23.48%	35%
AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON HTA CONTROLADA.	48.92%	57.2%
COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	63.9%	66.7%
CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE	100%	100%
EVALUACION ANUAL PIE EN PERSONAS CON DIABETES EN CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS.	76.57%	75%

Hipertensión Arterial es un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo de esta patología logrando la compensación en el tiempo de la presión arterial, siendo esta significativa en la prevención del daño.

Tabla N° 35: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Hipertensión controlada.2017

HIPERTENSION	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor a 140/90 mmHg	**579**	200	379
Mayor o igual a 140/90 mmHg	**314**	100	214
Sin clasificar	**48**	23	25
TOTAL	**941**	323	618

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético, es por esto que se requiere que los establecimientos de salud

hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición.

Tabla N° 36: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Diabetes controlada

DIABETES MELLITUS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor de 7 HbA1c	**206**	103	103
de 7 a 8,9 HbA1c	**179**	64	114
9 y más HbA1c	**39**	19	20
Sin clasificar	**84**	39	45
Total	**410**	226	282

Fuente:-Censo diciembre 2017, Serie P

Las dislipidemias es uno de los factores de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC).

Tabla N° 37: Población de Dislipidémicos bajo control, según nivel de colesterol total

DISLIPIDEMICOS	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
Menor 200	**52**	24	28
Desde 201 a 239	**50**	22	28
240 y más	**56**	27	29
Sin clasificar	**65**	31	34
total	**223**	104	119

Fuente: Censo diciembre 2015, Serie P

Tabla N° 38: Población bajo control en Programa Cardiovascular, según Riesgo Cardiovascular

RIESGO CARDIOVASCULAR	TOTAL	20 A 64 años	65 años y mas
BAJO	**36**	18	18
MODERADO	**529**	177	352
ALTO	**510**	228	282
Total	**1075**	423	652

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, nos permite identificar el indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor a través de la medición de funcionalidad.

Los objetivos del examen son: Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad, Y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Tabla N° 39: Población Adulto Mayor según Evaluación de Funcionalidad (EFAM)

GRADO DE FUNCIONALIDAD	TOTAL	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	442	220	222
AUTOVALENTE CON RIESGO	46	20	26
RIESGO DE DEPENDENCIA	4	3	1
DEPENDIENTE LEVE	39	12	27
DEPENDIENTE MODERADO	32	15	17
DEPENDIENTE GRAVE	29	15	14
TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL	492	285	207

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

La obesidad es un importante problema de la salud pública en la mayor parte de los países, disminuyendo la esperanza de vida y generando altos costos sociales y económicos. La preocupación por la obesidad radica no solo por sus efectos directos sobre la salud y calidad de vida de las personas, sino además por su fuerte asociación con las principales enfermedades no trasmisibles de nuestro tiempo: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoarticulares y algunos tipos de cáncer. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años y representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad. Estudios del Ministerio de Salud demuestran que representa la segunda causa de años de vida perdidos por muerte o por discapacidad prematura y la sexta causa de muerte a nivel nacional.

La población infantil menor de 6 años bajo control en la Posta de Salud Rural Loncura presenta una prevalencia de obesidad de 10%, sobrepasando la prevalencia nacional de 9.4%

Tabla N° 40: Población Infantil (0 a 6 años) bajo control, según estado nutricional

PARAMETROS NUTRICIONALES	TOTAL	Hombres	Mujeres
RIESGO / BAJO PESO	21	9	12
DESNUTRIDO	4	0	4
SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	87	47	40
OBESO	38	18	20
NORMAL	228	109	119
TOTAL	378	183	195

Fuente: Censo diciembre 2017, Serie P

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío pendiente es lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. De acuerdo a lo anterior, el Plan Nacional de Salud 2011-2020, contempla dentro de las prioridades en infancia disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en menores de 5 años. Por ello la pesquisa precoz de los distintos factores que no permiten o dificultan el normal desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas es relevante, en este contexto este es un indicador que responde a esta necesidad por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control en la posta de Salud rural Loncura es de 100% a diciembre 2015.

Tabla N° 41: Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con pauta de desarrollo psicomotor aplicada

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	95	45	50	0	4	17	17	1	0	21	17	6	12	0	0
	NORMAL CON REZAGO	13	7	6	1	0	0	1	0	1	0	1	6	3	0	0
	RIESGO	12	8	4	0	0	1	3	1	0	0	0	6	1	0	0
	RETRASO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: Censo diciembre 2017

La evaluación del DSM a los 18 meses está inserta en el control de salud del niño/a, lo que refuerza su integralidad.

Esta meta de impacto involucra diversas estrategias de promoción, prevención y tratamiento, considerando a la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el riesgo.

En las últimas décadas, ha cambiado el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil, lo que se ha expresado en la emergencia de problemas de salud pública como: accidentes, rezagos del desarrollo, maltrato, obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Estos problemas condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño, al limitar su desarrollo biopsicosocial armónico e impedir el acceso a una estimulación apropiada y a una escolaridad normal.

En el contexto actual con una baja mortalidad infantil, es relevante el plantear intervenciones que impacten en mejorar la calidad de vida de los niños y en establecer las bases sólidas para el desarrollo infantil temprano, junto con el evidente impacto en carga de enfermedad, que generan las discapacidades adquiridas a temprana edad.(orientaciones IAAPS 2016)

Tabla N° 42: Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con reevaluación de pauta de desarrollo psicomotor

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
REEVALUACIÓN	NORMAL (de rezago)	4	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	NORMAL (de riesgo)	6	4	2	0	0	0	1	0	0	4	1	0	0	0	0

Fuente: Censo diciembre 2017

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca que la salud mental tiene una importancia primordial en lo concerniente al bienestar personal, las relaciones familiares y en contribución al desarrollo de la sociedad y de los países. También destaca la importancia de abordar los trastornos de salud mental en la atención primaria de salud, reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

El último estudio de carga de enfermedad en Chile muestra que las condiciones neuropsiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedad entre las enfermedades no transmisibles, estas incluyen trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros.

Tabla N° 43: Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.

TRASTORNOS MENTALES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	COBERTURA 2017
	355	**82**	**273**	**17.06%**

Fuente: Censo Diciembre 2017,Serie P

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el asma bronquial en todas las edades, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

El asma bronquial es la enfermedad crónica no transmisible más común en niños, y una de las principales en adultos. Los síntomas recurrentes causan insomnio, cansancio, ausentismo escolar y laboral, y son capaces de alterar la calidad de vida de quienes la padecen. Por otra parte, la EPOC, dentro de las enfermedades respiratoria crónicas en Chile, corresponde a la causa de mayor carga de enfermedad, con aumento de tendencia en mortalidad y descenso en la tasa de egresos hospitalarios.

La Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Quintero no contaba con la prestación específica para control de pacientes respiratorios crónicos, por lo cual eran derivados para su atención en el Hospital Adriana Cousiño. A partir de marzo 2016 se inicia la implantación de la sala Mixta para la atención y control de pacientes con patologías respiratorias crónicas.

Tabla N° 44: Población con Enfermedades Respiratorias bajo control, año

ENFERMEDAD RESPIRATORIA		TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ASMA BRONQUIAL	LEVE	91	28	63
	MODERADO	21	4	17
	SEVERO	1	1	
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	TIPO A	62	22	40
	TIPO B	11	7	4
TOTAL		186	62	124

Fuente: Censo Diciembre 2017, Serie P

Uno de los fenómenos que tiene mayor impacto en la trayectoria de vida de las y los jóvenes es el embarazo adolescente. Este fenómeno es de preocupación pública, en la medida en que se relaciona directamente con la deserción escolar, las dificultades de inserción y desarrollo en el ámbito del trabajo. La tasa de fecundidad adolescente muestra un progresivo ascenso en las adolescentes de 15 a 19 años siendo de 48,77 por 1.000 mujeres de esa edad en el 2004 y llegando a 54,52 por 1.000 mujeres de 15-19 años en el 2009. De igual manera, en el 2005, la tasa de fecundidad de adolescentes de entre 10 y 14 años era de 1,28 por cada 1.000 mujeres de ese rango etario, al 2009 observamos un leve ascenso llegando a 1,57 x 1000 (Minsal, 2009a).

En la Posta de Salud Rural Loncura de un total de 81 mujeres ingresadas a control prenatal durante el año 2017, 4 de estas correspondían a adolescentes entre 15 a 19 años.

Tabla N° 45: Total de Gestantes ingresadas a control prenatal, año 2017

AÑO 2017	TOTAL	10 a 14 años	15 a 19 años	20 años y mas
Gestantes	**81**	**0**	**4**	**77**

Fuente: Censo diciembre 2017

3.6 Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

En relación a las enfermedades de notificación obligatoria, Se solicitó el registro comunal a la Unidad de Epidemiologia de la SEREMI de salud. Se puede observar la falta de registro o pesquisa de las enfermedades de notificación obligatorias.

Con los datos presentes, se observa que las enfermedades que se han notificado en todos los años evaluados son la Tuberculosis, Gonorrea y sífilis y concuerda con los esfuerzos que se realizan en la Atención Primaria de Salud.

Tabla N° 46: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2010-2014.

Enfermedad	Número de Casos por años									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
De transmisión alimentaria										
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3

De transmisión respiratoria										
Tuberculosis	2	7.9	11	42.6	4	15.2	1	3.7	2	7.3
De transmisión sexual										
Gonorrea	0	0	4	15.5	9	34.2	4	15	1	3.7
Sífilis	3	11.8	6	23.2	14	53.2	14	52.4	7	25.7
Prevenibles por inmunización										
Tos ferina (Coqueluche)	1	3.9	1	3.9	2	7.6	3	11.2	0	0
Hepatitis víricas										
Hepatitis B	2	7.9	1	3.9	2	7.6	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3
Zoonosis y Vectoriales										
Enfermedad de Chagas	1	3.9	0	0	1	3.8	0	0	0	0
Otras										
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	1	3.8	0	0	0	0

Fuente: SEREMI Departamento de Epidemiologia.

3.7 Consultas Médicas

Consultas de Morbilidad

La I. Municipalidad de Quintero solo administra un centro de Atención Primaria de Salud el cual ha ido incrementando sus atenciones de consulta de morbilidad en los últimos tres años.

	AÑOS		
NUMERO DE CONSULTA POR MORBILIDAD	2015	2016	**2017**
	5484		5925

En la tabla siguiente se pueden identificar los tipos de consulta de morbilidad que se presentaron durante el año 2015, siendo de mayor proporción **Otras Morbilidades** aportando con 91.3% del total, seguida por la IRA alta que alcanza un 3.3% y otras respiratorias con 3.0%. Además se observa que es el sexo femenino quien más consulta.

Tabla N° 47: Número y tipo de consultas de morbilidad, realizadas en la Posta de Salud Rural Loncura, año 2015

TIPO DE CONSULTA	TOTAL	POR DE EDAD (en años)																		POR SEXO	
		Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 y mas	Hombres	Mujeres
TOTAL	**5484**	**237**	**517**	**325**	**270**	**248**	**203**	**193**	**185**	**144**	**189**	**214**	**414**	**400**	**413**	**392**	**481**	**296**	**363**	**2195**	**3320**
IRA ALTA	183	32	84	43	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	81
SINDROME BRONQUIAL OBS	83	22	54	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	36
NEUMONÍA	47	3	6	4	2	0	0	0	0	0	0	3	0	3	7	2	5	5	7	20	27
ASMA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ENFERMEDAD PULMONAR C	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
OTRAS RESPIRATORIAS	163	14	44	34	14	2	0	3	1	1	4	5	4	7	5	10	8	5	2	71	92
OBSTETRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GINECOLOGICA POR INFER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
VIH-SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OTRAS MORBILIDADES	5005	166	329	237	230	246	203	190	183	143	185	206	410	390	401	380	466	286	354	1954	3050

3.8 Exámenes de Salud

Tabla N° 48: Total de Exámenes de Salud realizados, Comuna de Quintero, Región Valparaíso

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO		EXÁMENES RADIOLOGICOS		EXÁMENES ECOTOMOGRÁFICOS	
	Total	Compra de servicio	Total	Compra de servicio	Total	Compra de servicio
COMUNA	28.059	28.059	50	50	200	200

3.9 Egresos Hospitalarios

Las causas de egresos hospitalarios se analizan a continuación de acuerdo a la comuna de residencia y al grupo etario del paciente. A destacar, se presenta que en el grupo etario entre 0 y 9 años predominan los egresos por enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En el grupo etario de 10 a 14 años se observan principalmente egresos por trastornos mentales y del comportamiento, Entre los 15 a 19 años las primeras 3 causas de egresos hospitalarios están relacionadas con el Embarazo, parto y puerperio y Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.

El grupo etario entre los 20 y 64 años las causa de egresos están relacionadas con Embarazo, parto y puerperio, Enfermedades del sistema respiratorio, Traumatismos, envenenamientos y causas externa, y Trastornos mentales y del comportamiento

Para el grupo de 65 años y más la distribución cambia, predominando las Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio y Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

La tabla siguiente muestra lo expuesto anteriormente:

Tabla N° 49: Egresos hospitalarios por motivo de causa. Comuna de Quintero, Región Valparaíso. 2014

	Grupos de edad (en años)									
	Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
Total	1.199	52	58	17	15	71	262	234	290	200
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	45	2	9	3	-	1	9	7	4	10
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	15	-	-	-	-	-	2	5	7	1
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	6	-	-	-	-	-	-	2	2	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	82	-	-	-	-	1	3	20	37	21
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	65	-	2	1	6	4	30	17	2	3
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	16	-	-	1	-	1	2	8	3	1
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	2	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	130	-	-	-	1	2	3	34	62	28
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	243	13	33	8	2	2	16	45	64	60
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	60	1	1	3	-	-	8	17	15	15
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	26	-	-	-	1	-	6	7	9	3
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	6	-	-	-	-	1	2	2	1	-
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	96	6	3	-	-	5	11	14	41	16
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	156	-	-	-	-	39	116	1	-	-
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	26	26	-	-	-	-	-	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	65	1	6	1	1	1	5	17	18	15
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90	-	2	-	4	2	15	29	19	19
Códigos para propósitos especiales (U00-U99)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	69	3	2	-	-	12	34	8	5	5

Fuente : DEIS. Hospital Adriana Cousiño

3.10 Pensiones de Invalidez

Tabla N° 50: Pensión Básica Solidaria, período Enero-Julio 2012, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso

	Periodo Enero-Julio 2012	
	N° Beneficiarios Promedio	Monto (M$)
COMUNA	**1.055**	**581.866**
REGIÓN	58.690	32.351.123
PAÍS	616.602	339.950.081

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2012.

3.11 Problemas de Salud Percibidos por la Población (Diagnóstico Participativo)

Las políticas públicas de salud están dirigidas a mejorar el grado de satisfacción usuaria para contribuir positivamente en la calidad de vida de los usuarios, para ello es necesario conocer cuáles son las necesidades o problemas que la población usuaria presenta. Y esta forma, la autoridad local podrá incluir esas necesidades en los planes de trabajo y orientaciones.

El diagnóstico participativo es un proceso nos permite evidenciar estas necesidades de la comunidad desde su experiencia y realidad, mediante el diálogo es posible identificar los problemas, sus causas y sus efectos dentro de un contexto determinado.

La Posta de Salud Rural Loncura en conjunto con el Concejo Consultivo realiza actividad comunitaria con el objetivo de identificar los problemas que percibe la población en general, utilizando como metodología de trabajo del árbol de problemas el cual permite detectar el problema (tronco) ,sus causas(raíces) y efectos(hojas).

Una vez detectados los problemas de manera grupal se priorizaron en una tabla de jerarquización el cual arrojo un puntaje final a cada problema de modo de desarrollar un plan de acción a futuro al problema de mayor prioridad.

Se concluye la actividad con los siguientes problemas jerarquizados:

1. **Alcantarillado y agua potable** con 75 puntos (puntaje max), cabe destacar que este problema abarca principalmente a las zonas rurales como Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, Santa Luisa, Loncura, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo.

En la localidad de Loncura está en proyecto el alcantarillado.

2. **Falta de comunicación ampliada en temas de salud e información general** con 72 puntos el cual se considera como prioridad para un plan de acción

   Causas: la gente está desinformada de programas y/o información general que les beneficia directamente en su calidad de vida, no se informan correctamente con relación a interconsultas y listas de espera

   Efectos: pérdida de tiempo y dinero en tener que ir a Viña del Mar directamente para consultar, no recibir beneficios en relación a salud por falta de información de parte del consultorio y otros medios de comunicación.

3. **Salubridad en feria libre y espacios comunes** con 71 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: defecan en vía pública al no contar con baños públicos o servicios de agua potable, no contar con contenedores suficientes de basura y lugares de acopio

   Efectos: Enfermedades infecciosas, falta de salubridad, suciedad en espacios de concurrencia pública, plagas de ratones

4. **Delincuencia e inseguridad** con 61 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: falta de vigilancia del plan cuadrante, escasa restricción de ingreso de gente que llega a Quintero (delincuentes que se vienen a esconder a Loncura), falta de oportunidades laborales y programas de inserción laboral.

   Efectos: jóvenes involucrados en robos y drogadicción, temor e inseguridad en los habitantes sobre todo que la mayoría son adultos mayores, estigmatización de la localidad de Loncura, falta de progreso

5. **Falta de espacios de participación en la juventud** con 48 puntos según tabla de jerarquización

   Causas: falta de integración de parte de los directivos vecinales y facilidad de ocupar las sedes para actividades juveniles, mal uso de algunos jóvenes en los espacios que le han facilitado, falta de organizaciones juveniles formales

   Efectos: falta de interés de parte de los jóvenes por participar en actividades sanas y recreativas, fomento de delincuencia juvenil y drogadicción, aumentó del ocio en jóvenes lo que conlleva a delinquir o hacer daño a la propiedad pública y/o privada, vulnerabilidad social.

3.12 Problemas de Salud Prioritarios

Priorizamos los siguientes ámbitos, que recogen tanto los problemas de salud, como las demandas sentidas de la comunidad y las definiciones de la propia organización.

Alza de la tasa de Mortalidad infantil de 1 a 4 años de la comuna superando a la regional y nacional, por lo que es importante trabajar todos los aspectos de la salud desde la gestante hasta la salud infantil, revisando y apoyando a la comunidad en los ámbitos de Crianza Saludable y Prevención de Violencia Intrafamiliar.

Alza de la Tasa de Mortalidad Adolescente de 15 a 19 años de la comuna superando la tasa regional y nacional, nos evidencia que es prioritario trabajar potenciando la accesibilidad en la atención, implementar estrategias que permitan establecer el vínculo con el adolescente y su familia.

Alza de la Tasa de Mortalidad de mujeres entre 20 a 44 años y 65 a 79 años, como comuna supera la Tasa regional y nacional, sin duda se requiere realizar plan de trabajo con enfoque de salud familiar y de las determinantes sociales, con las redes comunales, regionales,

Baja Cobertura de Empa de Mujeres y Hombres, Buscar nuevas estrategias para promocionar e incentivar a la población sana a realizarse el examen de medicina preventivo con el objetivo de fortalecer los factores protectores; la pesquisa precoz de diversas patologías

Baja Cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus, Buscar nuevas estrategias para concientizar a la comunidad la importancia de llevar un buen control de la enfermedades crónicas para prevenir consecuencias devastadoras para su vida

Cobertura evaluación Pie diabético, siendo un indicador de atención primaria y estando con una cobertura por debajo a la cobertura nacional (90%) es prioritario fortalecer la prevención de ulceras de pie diabético a través de la atención integral del usuario con enfoque familiar.

Aumento del Embarazo adolescente. Sin duda se requiere el trabajo conjunto del equipo de salud para establecer estrategias de prevención del embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas, violencia, entre otros.

Obesidad Infantil. Establecer un Plan de trabajo con la red comunal (educación, salud, social, deporte) es fundamental para lograr bajar la prevalencia de la Obesidad.

Enfermedades de Notificación Obligatoria. A nivel comunal se observan que la Tasa Enfermedad de Transmisión sexual y la Tuberculosis son las más altas, por lo cual se hace necesario estrategia de prevención y control de estas.

Cobertura de Trastornos de Salud Mental, el aumento de las consultas de salud mental (trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros), en la atención primaria de salud, hace necesario buscar estrategias para reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

Sección III.- PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN(Planilla Excell)

Sección IV.- PLAN DE CAPACITACION (Documento adjunto)

Sección V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Censo Poblacional 2002. 2012
- Minsal, DEIS. Indicadores epidemiológicos de Salud.
- Orientaciones Programáticas 2019. Minsal.
- Encuesta Casen. Mideplan.
- www.minsal.cl
- Reportes Comunales de la Biblioteca del Congreso.

PLAN DE CAPACITACIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
I.MUNICIPALIDAD DE QUINTERO

INTRODUCCIÓN

La Capacitación es considerada como un proceso educativo, el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual se adquieren conocimientos, desarrollo de habilidades y técnicas necesarias para acrecentar la eficacia en el logro de las metas y un mejor desempeño en los diversos ámbitos de la atención de salud.

El Plan de Capacitación garantizará que los funcionarios adquieran los conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar de forma íntegra las labores específicas de su función, lo que permitirá modificar actitudes frente a diversos aspectos de la organización, el puesto de trabajo o el ambiente laboral, uno de los principales objetivos es potenciar al funcionario en sus habilidades y mejore sus conocimientos que aplicará en su puesto de trabajo, contribuyendo con el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria.

Este Plan de Capacitación se estructura en base a las necesidades del Departamento de Salud, el desarrollo personal y laboral de sus funcionarios y en base a los nueve ejes prioritarios que tiene el MINSAL para desarrollo y potenciar estas áreas, esto con la finalidad de potenciar el talento humano de una manera directa y eficaz. Se orienta principalmente a generar un cambio de actitud en aquellos funcionarios que lo requiera, creando un clima laboral satisfactorio, aumentando la motivación, el trabajo en equipo y que estos conocimientos adquiridos repercutan directamente en la atención de los Usuarios del Departamento de Salud.

FUNDAMENTACIÓN

Considerando que el Recurso más importante en cualquier organización lo forma el personal. Esto es de especial importancia en la organización que presta servicios, en la cual la conducta y rendimiento de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan. Un personal motivado y trabajando en equipo, son los pilares fundamentales en los que las organizaciones sustentan sus logros.

El principal instrumento de trabajo en la atención primaria es el personal que brinda la atención gracias a sus conocimientos, habilidades, destrezas y competencias, por lo que se vuelve fundamental otorgar la oportunidad de capacitación que se requiere para avanzar hacia la implementación del modelo de atención biopsicosocial y multidisciplinario, y así responder de una forma efectiva las demandas de los usuarios, familias y comunidad.

Las nuevas directrices y reforma de Salud, define el Nuevo Modelo Integral de Salud, 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 la persona, considerada en su integridad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural". Este modelo presenta un gran desafío, como lo es el de desarrollar una política de Recursos Humanos, orientada a fortalecer la implementación del Modelo Integral de Salud para el nivel de atención primaria de salud, quienes asumirán cambios diversos y profundos para lograr la mejoría de calidad de atención y por consiguiente la satisfacción de la Población Usuaria.

Cada funcionario que se desempeñe en Atención Primaria de Salud deberá poseer las competencias del Modelo de Salud Familiar al término del trienio, razón por la cual el presente Programa de Capacitación está orientado principalmente a cumplir con este desafío.

ALCANCE

El Plan de Capacitación incluye a todo el personal contratado por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quintero.

OBJETIVO

Promover e instruir al personal con conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyan a mejorar su desempeño técnico y de gestión, la capacitación contribuirá a desarrollar los conocimientos necesarios, habilidades y destrezas de los funcionarios para mejorar el desempeño en su puesto laboral. Desarrollando conocimientos y habilidades específicas que beneficien la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Objetivos Específicos

1. Potenciar y desarrollar los nueve ejes prioritarios que ha propuesto el MINSAL para planes de capacitación.
2. Reforzar los valores, la comunicación, el trabajo en equipo.
3. Potenciar el desarrollo personal en el puesto laboral.
4. Fomentar los conocimientos del personal, en el progreso de su campo laboral.
5. Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.

6. Desarrollo de competencias y destrezas personales cimentado en principios éticos y morales sustentados en la transparencia, honorabilidad, responsabilidad social y trabajo en equipo.

ESTRATEGIA

El plan de capacitación se abordará desde cuatro ejes:

1. **Capacitación Preventiva**, es aquella orientada a prever los cambios que se producen en los funcionarios pues su desempeño puede variar con los años, sus destrezas pueden deteriorarse y la tecnología hacer obsoletos sus conocimientos. Tiene por objeto la preparación del personal para enfrentar con éxito la adopción de nuevas metodologías de trabajo, nueva tecnología o la utilización de nuevos equipos. Se incluye la capacitación en seguridad.

2. **Capacitación Correctiva**, está orientada a solucionar "problemas de desempeño". Su fuente original de información es la Evaluación de Desempeño, pero también los estudios de diagnóstico de necesidades dirigidos a identificarlos y determinar cuáles son factibles de solución a través de acciones de capacitación.

N° EJE	RESULTADOS ESPERADOS (Objetivos)	ACTIVIDAD CAPACITACION	N° PARTICIPANTES POR CATEGORIA							N° HRS.	FINANCIADO CON APORTES DE				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA
			A Méd - Odont. - QF	B Otros Prof.	C TENS	D Téc. de Salud	E Administrativo	F Aux. de Servicio	TOTAL PARTIC		ITEM CAPACITAC SSVQ $	MUNICIPIO $	OTRO $	TOTAL COSTO ESTIMADO $			
7	Que el equipo de salud Adquiera los conocimientos sobre el Modelo de atención de Salud con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria.	Salud Familiar	2	5	4	1	3	5	20	30	x			$1.500.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Mayo
2	Educación para la prevención de la violencia. Que el equipo de salud logre identificar conductas entre los usuarios y prever que exista violencia.	Violencia y Enfoque de Género.	3	5	4	1	3	5	21	16		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Abril
2	Fomentar el cuidado y trato a pacientes, con capacidades diferentes en todos sus ámbitos. (Dismovilizados, Postrados,	Inclusión	2	6	5	1	4	2	20	10		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Sep

	Problemas motores e intelectuales, entre otros)																
9	Que el equipo de salud adquiera las herramientas y conocimientos necesarios, que le permitan sobreponerse y saber actuar frente a situaciones de emergencia y desastre.	Como actuar frente a situaciones de emergencia y desastres.														Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	
5	Revitalizar el lenguaje autóctono Chileno y de Población migrante, así culturalizar a los funcionarios que atienden pacientes provenientes tanto de pueblos indígenas como del extranjero.	Lenguajes e interculturalidad	3	7	5	1	4	4	24	18		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Marzo
7	Reforzar al equipo, en las orientaciones e instrucciones	Gestión de la Información	2	2	2	0	2	0	8	14		X		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Enero

	al interior del centro de salud, información clara para funcionarios y posterior orientación al paciente.															
7	Comunicar sobre los nuevos programas de telemedicina, su proceso y funcionamiento.	Telemedicina	2	4	2	0	2	0	10	10		x		$320.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Febrero
7	Conocer las garantías explícitas en salud, protocolos y registros SIGGES.	GES	2	4	2	0	2	0	10	16			x	$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Junio
8	Fortalecer las competencias de los funcionarios en el buen trato al usuario, la comunicación, mediación, identificación y resolución de conflictos al interior del establecimiento de salud.	Trato al Usuario y Resolución de conflictos	6	18	17	2	5	11	59	17	x			$1.600.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Julio

4	Entregar técnicas que permitan prevenir el estrès, frente a situaciones de presión en el entorno laboral.	Control y manejo del estrés	6	18	17	2	5	11	59	10		x		$1.500.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	marzo
4	Fomentar las actividades y trabajo en equipo y generar lazos cordiales entre compañeros.	Trabajo en Equipo	6	18	17	2	5	11	59	10		x		$1.500.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	sep
4	Promover los estilos de vida saludable dentro del equipo y entregar técnicas de relajación y pausas en la jornada laboral, disminuyendo el estrés y fomentar las buenas prácticas laborales.	Pausa Saludable	6	18	17	2	5	11	59	4			x	$400.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Marzo – junio - oct
4	Fomentar las actividades grupales y de cuidados	Autocuidado para el Equipo	6	18	17	2	5	11	59	10		x		$1.500.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisicione	oct

	personales para el funcionario, otorgando educación e instancias de recreación.														s.	
7	Proporcionar la información a los funcionarios sobre los procesos de compra, adquisición y abastecimiento del centro. Ley de compras públicas y procesos internos.	Procesos adquisición y abastecimiento.	2	10	10	1	4	6	33	8		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	feb
7	Otorgar los conocimientos generales de la Ley a la totalidad del equipo contratado bajo la Ley.	Conocimientos sobre la Ley N°19.3788 Atención Primaria Municipal.	6	18	17	2	5	11	59	16		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	nov
1	Instruir a los participantes de las condiciones sanitarias y de seguridad básicas en el manejo de los residuos que	Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud.	4	10	10	1	4	6	35	17		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	ago

	se generan al interior de un centro de salud.																

3. **Capacitación por Programas Auto gestionados,** orientado para todo el personal del Departamento de Salud. El programa de aprendizaje auto gestionado a distancia (SIAD) pone a disposición variados cursos on – line auto gestionados, con el objetivo de contribuir a la capacitación y actualización permanente de los conocimientos de los funcionarios de la red asistencial de salud en las temáticas relacionadas al sector salud y su puesto laboral.

4. **Capacitación profesional y técnica impartida por otras instituciones,** está orientada a reconocer en este plan de capacitación todos los cursos, charlas, post títulos (diplomado, magister, doctorado, especialización) como así también seminarios, congresos, simposium, mesas de trabajo u otros que estén vinculados en la actividad laboral en que el funcionario se desempeña y que sean impartidas por organismos locales, municipales, nacionales o internacionales, universidades, servicios públicos o privados. Adecuándose a las orientaciones y lineamientos estratégicos entregados por el Minsal para el programa anual de capacitación año 2019.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACCIONES TRIMESTRALES	1	2	3	4
Planificación	x			
Análisis e instalación	x			
Ejecución General		x	x	
Evaluación General Parcial			x	
Evaluación General				x

RECONOCIMIENTO DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación tiene carácter integral y participativo, propiciando las correcciones y ajuste necesarios para el fortalecimiento y consecución de los objetivos planteados. Este enfoque le otorga a la capacitación un carácter formativo y permanente, centrado fundamentalmente en la distancia existente entre lo que el funcionario puede realizar de forma adecuada y las exigencia de actuación establecidas para su desempeño. Dicha distancia debe constituir un espacio de actuación educativa que permita establecer las mejoras de la actuación de los funcionarios y debe regirse por el reglamento de la Carrera Funcionaria.

MATRIZ CUIDADOS DE LA VIDA 2018



INFANCIA

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

EDAD ADULTA

ADULTO MAYOR

TRANSVERSALES

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Alcanzar la cobertura del 67%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11meses)* 100	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	7%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Disminuir en 10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Incremento de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	(Número de niños y niñas migrantes bajo control año vigente - número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior)/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior	Aumentar el número de niños migrantes bajo control en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as preferencialmente en en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	Cobertura de talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizados	(N° de personas que asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100	1,5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografias de cadera realizadas	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografias de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopia, estrabismo o defectos de la agudeza visual	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medicion de la presion arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertension arterial	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluaciónde presion arterial	N° de controles de salud de niños/as de 36a 71 meses con evaluación de presion arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	Incrementar en un 30% respecto a linea base	REM	SALUD EN LA INFANCIA	
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as de 18 meses de edad con vacuna Hepatitis A administrada	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada)/(Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada)/(Nº de niños/as de 1 año)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)/(total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años)/(total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis* en niños/as menores de 1 año	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis*	(Administración de esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis* en niños/as menores de 1 año)/(Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivirica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica administrada	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control con enfoque de riesgo en el centro de salud (CERO)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años.	Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(Nº de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años.	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	(N º de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ Nº de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados)*100	65%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoria clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a aniños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Incrementar en un 5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de egresos en niños y niñas de 6 años	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	95%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/Nº de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(Nº de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (Nº de personas con ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoria de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoria de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoria de Salud Mental respecto al año anterior.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))	Alcanzar un 20%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con enfasis en la intervención grupal	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años y sus padres/cuidadores con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / (Nº total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
2	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	(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 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
3	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
4	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
5	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RE)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	INFANCIA/SALUD MENTAL
6	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RE)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	INFANCIA/SALUD MENTAL
7	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM/CHCC
8	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
9	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal)*100	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
10	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	16% población 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
11	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Control Preconcepcional.	Porcentaje controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
12	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Porcentaje de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
13	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reciben consejerías en salud sexual y reproductiva,prevención del VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejeria en salud sexual y reproductiva, consejeria en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejeria en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejeria en salud sexual y reproductiva, consejeria en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejeria en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejeria en salud sexual y reproductiva, consejeria en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejeria en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar en un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
14	PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	25% de adolescentes 10-19 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
15	PREVENCIÓN	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
16	PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a jóvenes de 20-24 años	Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
17	PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de15 a 24 años	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior))*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
18	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	Porcentaje de adolescentes con esquema completo de vacuna VPH.	(Nº de adolescentes vacunadas con segunda dosis de vacuna VPH el año en curso)/(Nº de adolescentes vacunadas con primera dosis en el año anterior) *100	90%	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
19	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas) *100	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
20	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
21	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y mas semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / Nº Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
22	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestaión	Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años con embarazo de 28 semanas y más vacunados con dTpa	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con dTpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
23	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
24	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoria en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por neumonia en el hogar.	Porcentaje de auditorias realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonia.	(Nº de auditorias realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonia / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonia)* 100	100% de auditorias realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
25	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a hombres 20 a 24 años (año anterior))*100.	Incrementar al menos en un 20%	REM- FONASA	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
26	PREVENCIÓN	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal y apliación de instrumentos de detección	1- Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes de 10 a 19 años y a sus madres, padres y/o cuidadores /as preferencialmente en el ámbito educacional (escuelas, liceos) 2- Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST, CRAFFT)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(N° de adolescentes de 10 a 19 años que asisten a taller + N° de adolescentes de 10 a 19 años con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita entre 10 y 19 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
27	PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de adolescentes y jóvenes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios de adolescentes y jovenes con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
28	PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a adolescentes y jóvenes de 15-24 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adolescentes y jóvenes bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al control)* 100	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos clasificadas	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
29	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control)*100	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
30	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes en control en el PSCV.	Pacientes adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (N° total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
31	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)	Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de población 10 a 24 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
32	TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y jóven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
33	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar o mantener respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
34	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control en PSCV) *100	Incrementar o mantener respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
35	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar o mantener respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
36	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relacion a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) **Cálculo de Cobertura:** (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar en al menos 10% respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
37	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 20% respecto al año anterior , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
38	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
39	TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	87%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
40	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/N° de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
41	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de adolescentes de 10 a 19 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de adolescentes de 10 a 19 años bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 19 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 19 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
42	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de adolescentes de 10 a 19 años en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de adolescentes en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC-y o GHQ) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de adolescentes con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (Nº de adolescentes ingresados y egresados a programa salud mental (año vigente))*100	100%		SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
43	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	Casos presentados en consultoria de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoria de salud mental (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoria de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
44	TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas victimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº deadolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
45	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
46	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))	Alcanzar un 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
47	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con enfasis en la intervención grupal en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 10 a 24 años y/o sus padres/cuidadores con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
48	REHABILITACION	Disminuir la discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
49	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Realizar evaluación integral a adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que pertenecen a programas residenciales de SENAME	N° de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años atendidos en programas residenciales del SENAME	(N° adolescentes y jovenes de 10 a 24 años de residencias SENAME , atendidos en APS / N° adolescentes y jovenes de 10 y 24 años de programas residenciales SENAME)	90%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
50	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adolescente y joven de 10 a 24 años	Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes y jovenes de residencias SENAME	N° de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a los adolescentes y jovenes de residencias SENAME	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a adolescentes y jovenes de 10 a 24 años de residencias SENAME / N° adolescentes y jovenes de 10 a 24 años bajo control en programas residenciales SENAME)	Minimo un control de salud integral al año	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejeria breve antitabaco	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
2	PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal sesiones de educación prenatal / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
3	PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar o mantener el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
4	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
5	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
6	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 3 %	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/PSM
7	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	aumentar o mantener el lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
8	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Incrementar o mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
9	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Incrementar o mantener los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
10	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
11	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN)* 100	70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
12	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
13	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(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)*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
14	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
15	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultos que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100	70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
16	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
17	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
18	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas **migrantes** con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
19	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
20	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
21	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(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)* 100	Alcanzar al menos 70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
22	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(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)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
23	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	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	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
24	PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
25	PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(N° de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ N° total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
26	PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
27	PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(N° de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos)	80% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
28	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	(N° de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 25 a 64 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
29	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	80% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
30	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10% el examen de VIH en relacion al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
31	PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
32	PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoria en domicilio a familiares de fallecidos por neumonia en el hogar.	Porcentaje de auditorias realizadas a familiares de fallecidos por neumonia en domicilio	(Nº de auditorias realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonia / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonia)*100	50% de auditorias realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
33	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(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) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
34	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza	Nº de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
35	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dTpa	Nº mujeres adultas embarazadas con 28 y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ Nº Total mujeres adultas embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
36	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / N° de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
37	PREVENCIÓN	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal y aplaición de instrumentos de detección	1-Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas entre 25 y 64 años. 2-Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (Edimburgo 2meses, AUDIT, ASSIST)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(N° de personas que asisten a taller + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita entre 25 y64 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
38	TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
39	TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	2%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
40	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (N° de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
41	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (N° de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/N° de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control en PSCV) *100	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
42	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (N° de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /N° de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
43	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relacion a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) **Cálculo de Cobertura:** (N° de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
44	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (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)	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
45	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (N° de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar o mantener con respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
47	TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes victimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes victimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes victimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes victimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ChCC
48	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(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 anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
49	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 10% respecto al ano anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
50	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 10%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
51	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
52	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(N° de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 24 - 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
53	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
54	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 25 a 64 años con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
55	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC-y o GHQ) al ingreso y egreso a programa	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
56	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental en adultos de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
57	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Casos presentados en consultoria de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoria de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
58	REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Aumentar 10%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
59	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	aumentar o mantener el lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
60	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Realizar evaluación de salud integral a población de residencias SENAME mayor de 24 años	Nº personas atendidas mayor de 24 años de programas residenciales del SENAME	(Nº personas mayor 24 años de residencias SENAME, atendidos en APS / Nº personas mayor a 24 años de programas residenciales SENAME)	90%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
61	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Concentración de consultas y controles de salud en población de residencias SENAME mayor de 24 años	Nº de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a personas adultas de residencias SENAME	(Nº total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a personas adultas de residencias SENAME / Nº personas adultas bajo control de programas residenciales SENAME)	Minimo un control de salud integral al año	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
62	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no trasmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Control integral de la multimorbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles	(Nº de establecimientos que implementan la actividad/ Nº total de establecimientos)x100	Establecer linea base	Informe Servicio salud	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/ERA, epilepsia, otros

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas con consejería breve antitabaco	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100	100%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
2	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
3	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	80% con control de seguimiento realizado	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
4	PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna AntiNeumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna anti Neumocócica	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna AntiNeumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
5	PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	80 % de cobertura	RNI	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
6	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
7	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
8	PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	80% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
9	PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m2)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
10	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
11	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(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)* 100	Alcanzar al menos 70%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
12	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
13	PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta	(N° de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	SIDRA	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
14	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(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 por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100	Incrementar en un 5% el examen de VIH	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
15	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	(N° total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / N° total de personas de 65 años y más bajo control)*100	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
16	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional	(N° de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional / N° de total de adultos mayores ingresados al programa)*100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
17	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia	N° de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
18	PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios	INFORME	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
19	PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas mayores de 64 años mediante educación grupal	1-Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas mayores de 64 años. 2-Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(N° de personas que asisten a taller + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita mayor de 64 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
20	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menosm) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (N° de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control / N° de personas hipertensas de 65 años y mas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar o mantener especto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
21	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo proporción de compensación de metas** Nº 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/Nº de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control 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 , hasta alcanzar una compensacion de al menos 50% los años siguientes	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
22	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo proporción de compensación de metas** Nº 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/Nº de hipertensos de 65 y mas años estimados segun prevalencia en poblacion inscrita validada	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más 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, en la poblacion inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 50% en los años siguientes	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
23	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
24	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80% cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
25	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
26	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 10%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
27	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 10%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
28	TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
29	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atencion odontologica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en poblacion adulta mayor (de 64 años y mas)	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/Nº de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	20%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
30	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna apoblación adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral dePoblación adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	IAAPS

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
31	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Casos presentados en consultoria de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en personas mayores de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorias respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
32	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))*100	Alcanzar un 20%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
33	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 25 a 64 años con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
34	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas con ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
35	REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	Aumentar en 25%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
36	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no trasmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Control integral de la multimorbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	Establecer linea base	Informe Servicio salud	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/ERA, epilepsia, otros

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
1	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	(Nº de eventos masivos de alimentación saludable realizados/N° eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentacion saludable comprometidos realizados	REM	COMUNAL
2	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en actividad física	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Nº de eventos masivos en actividad física realizados/N° de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad física comprometidos realizados	REM	COMUNAL
3	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Una actividad educativa grupal mensual en alimentación saludable y actividad física realizada.	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada	REM	COMUNAL
4	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar acciones Promoción de Salud en Comunas	Incorporar acciones de salud intercultural en talleres de promoción considerando elementos protectores de la salud de los pueblos indígenas	Porcentaje de asistentes a talleres que señalan haber adquirido nuevos factores protectores adquiridos en talleres de salud intercultural	(N° de personas que señalan haber adquirido nuevos factores protectores en los talleres de salud intercultural y pueblo indígenas / N° total de participantes en los talleres de salud intercultural y pueblos indígenas)*100	Establecer Linea Base	REM	COMUNAL
5	PROMOCION	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Realizar un plan comunal de gestión del Riesgo con participación ciudadana y que cuente con elementos de protección de la salud mental en caso de desastres.	Plan Comunal de Gestión del Riesgo con participación ciudadana	Plan comunal de Gestión de riesgo elaborado con participación ciudadana.	Plan comunal de Gestión de Riesgo con participación ciudadana elaborado	Informe comunal y del SS	COMUNAL

6	PROMOCION	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Capacitación a equipos de salud de establecimientos de atención primaria con sus respectivos consejos locales de salud en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local	Comunidad del establecimiento de salud de atención primaria capacitada en el ambito de la gestión del riesgo con pertinencia cultural	(N° de establecimientos con equipo de salud y consejos locales de salud capacitados/N° de establecimientos de salud APS de la comuna)*100	50% de establecimientos de salud APS de la comuna con capacitación a sus equipos de salud y consejos locales de salud.	Portafolio de la(s) actividad(es) educativa(s) comunal realizada(s)	COMUNAL

INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL Y COMUNITARIO

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
7	PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitació de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(N° visitas domiciliarias integrales realizadas / N° de familias inscritas)*100	0,22	REM y poblacion inscrita	Establecimiento y Comuna
8	PREVENCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así concensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar	(N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas)*100	0,15	REM y poblacion inscrita	Establecimiento y Comuna
9	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentale de familias de riesgo	(N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas)* 100	Mantener o aumentar Linea Base 2018	REM	Establecimiento y Comuna
10	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentale de familias de riesgo intervenidas	(N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	Mantener o aumentar Linea Base 2018	REM	Establecimiento y Comuna

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
11	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° de contactos con indicación de quimioprofilaxis *100	100%	Informe de evaluacion de estudio de contacto	COMUNAL
12	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Confirmación de los casos a través del cultivo	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes TBC	COMUNAL
13	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar pesquisa de SR en los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor que han presentado casos de tuberculosis anteriormente	% de hogares y clubes de adulto mayor con antecedente de casos de tuberculosis en que se realizan actividades de pesquisa	Nº de hogares y clubes de AM identificados con antecedente de tuberculosis en el área del consultorio en que se realizan actividades de pesquisa en SR / N° total de hogares y clubes de AM identificados con antecedente de tuberculosis en el área del consultorio *100	100%	Informe equipo de tuberculosis en APS al equipo referente de Servicio de Salud	COMUNAL
14	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Porcentaje de casos pulmonares diagnosticados en recintos penales	(Nº casos pulmonares diagnosticados por cultivo en los recintos penales/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados en los recintos penales)* 100	20 a 30%	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.	COMUNAL
15	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL
16	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Estudio de Contacto en contactos menores de 15 años de casos índices pulmonares	Porcentaje de contactos estudiados < de 15	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL
17	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
18	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria por enfermera/o del equipo de tuberculosis a todos los casos que ingresan a tratamiento	Porcentaje de pacientes ingresados a tratamiento	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /N° de visitas domiciliarias realizadas)*100	100%	Tarjeta de Tratamiento	COMUNAL
19	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL

20	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	100% (3 consultas)	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL
21	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Porcentaje de consulta enfermera realizadas a pacientes inasistentes por más de 1 semana	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/Nº de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
22	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por más de 3 semanas	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes inasistentes por más de tres semanas) /Nº de inasistentes por más de tres semanas *100	100%	Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
23	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indigenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas.	(N° de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud - Informe PAC de Capacitación	COMUNAL
25	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con informacion confiable	Diseño e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de la variable pertenencia a pueblo indígena en Sistema de Información en Salud (SIS)	Porcentaje de Servicios de Salud que implementan sistema de monitereo y seguimiento adecuado de la variable de pertenencia a pueblos indígenas.	(N° de Servicio de Salud que implementan un sistema de monitoreo y seguimiento del registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas/N° total de Servicios de Salud) *100	80%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL

PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
29	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa Dependencia Severa /N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM	COMUNAL
30	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(N° de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	70% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	COMUNAL

31	TRATAMIENTO	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de Nutricion Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED)*100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.	REM	COMUNAL
32	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	COMUNAL
33	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el sindrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el sindrome de sobrecarga del cuidadora(or)	(Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / Nº Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	80% de los cuidadores de personas cen situación de dependencia severa capacitados.	REM	COMUNAL

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN

34	PREVENCION	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieren	Hacer o actualizar el diagnóstico Participativo, conocer las Redes Locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión, mantener el trabajo comunitario en forma permanente en las actividades del equipo de rehabilitación, dando cuenta del modelo biopsicosocial.	Diagnóstico y Planificación Participativa: Los equipos de rehabilitación en el desarrollo del modelo biopsicosocial, en el cual el objetivo fundamental es la inclusión social, deben realizar el diagnóstico con sus comunidades y posteriormente el trabajo de planificación participativa para enfrentar las necesidades surgidas del Diagnóstico Participativo.	Porcentaje de Actividades de Diagnóstico y Planificación Participativa	N°Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Paricipativa/ Total Actividades y Participación*100	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
35				Realizar el Diagnóstico Participativo cada 2 años	Diagnóstico Participativo	Cuenta con Diagnóstico Participativo actualizado SI/NO	100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo y 80% comunas intervenidas por Equipos Rurales con Dg. Participativo	Informe	ESTABLECIMIENTO
36				Realizar Plan de Trabajo Anual con las Organizaciones de discapacidad	Plan de Trabajo en forma Participativa	Cuenta con Plan de Trabajo Anual con organizaciones de Discapacidad SI/NO	100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo con las organizaciones de discapacidad (RBC, RI, RR)	Informe	ESTABLECIMIENTO
37				Gestiones realizadas por el equipo de rehabilitación para incorporarlos a la escuela, para el logro de inclusión laboral a través de la OMIL o de ONG del sector.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que logran participación en comunidad producto de la intervención del equipo	N° personas que logran participación en comunidad /total de ingresos *100	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
38	PREVENCION	Prevención de problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización de actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y artrosis en etapas iniciales, lumbago, parkinson, etc., entregando herramientas para el autocuidado.	Porcentaje de personas que ingresan a Educación Grupal.	N° Total de Personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. (RBC, RI, RR).	REM	ESTABLECIMIENTO

39				Estimular la realización actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	Porcentaje de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, que se orientan al trabajo con cuidadores	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
40	REHABILITACION	Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Estimular la atención de personas con problemas de salud cuyo origen es neurológico, y que requieren de la continuidad en la atención en APS, o mantención para retardar procesos discapacitantes.	Mantener al menos un 20% de personas con Parkinson , secuela de AVE,LM, TEC otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson , secuela de AVE, TEC, LM, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº Personas ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	20% en RBC, 15% RI, 10% RR	REM	ESTABLECIMIENTO
41		Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería Individual o Familiar, resolución de crisis normativas y no normativas	Intervenir las crisis normativas y no normativas de las personas atendidas en el programa, apoyar a la familia en la resolución de conflictos, entregar herramientas. Desarrollo de las intervenciones con un modelo biopsicosocial	Realizar intervenciones de Consejería individual y familiar, programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben consejería individual y/o familiar, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	Nº de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) N° ingresos * 100	10% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares. (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
42		Realizar VDI para conocer el entorno, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas atendidas en el programa y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares	Realizar VDI para conocer el entorno y habitabilidad, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas ingresadas al programa que requieren atención en domicilio, o trabajo con la familia. Hacer un diagnóstico en terreno de la Persona en rehabilitación y su cuidador e intervenciones acorde al Plan	Realizar VDI en domicilio, realizar informe y Plan de Tratamiento Integral	Porcentaje de VDI realizadas en relación al total de Visitas Domiciliarias	Nº Visita Domiciliaria Integral/ Total de Visitas Domiciliarias Integrales + Visitas Domiciliarias de Procedimientos *100	50% de las VD son Integrales (RBC, RI, RR)	REM	

43		Favorecer que las personas atendidas en el programa , logren el máximo de autonomía e independencia	Ingresar al Programa a las personas que lo requieran con objetivos definidos, con PTI, que puedan egresar posterior al cumplimiento de ellos.	Realizar ingreso con PTI, consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del Plan.	Porcentaje de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	Nº Personas egresadas /Total ingresos*100	60% Egresos en RBC y RI, 30% de egresos en RR	REM	ESTABLECIMIENTO
44		Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a MBE	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y aumentar la movilización activa de las personas ingresadas al Programa. Promover el trabajo en Rehabilitación basado en MBE	Definir mayoritariamente actividades orientadas a la movilización activa de las personas intervenidas en el Programa y utilización de la fisioterapia solo en casos necesarios.	Porcentaje de Procedimientos de Fisioterapia	Nº total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia. (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO