



# PLAN DE SALUD 2020

*“por una Salud Participativa, Acogedora y Comprometida”*

## INDICE

<b>II.</b>	<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>III</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNA .....</b>	<b>7</b>
3.1	CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNA.....	8
3.2	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	11
3.2.1.	<i>POBREZA MULTIDIMENSIONAL.....</i>	<i>11</i>
3.2.2.	<i>REGISTRO SOCIAL DE HOGARES.....</i>	<i>12</i>
3.2.3.	<i>EDUCACIÓN.....</i>	<i>13</i>
3.3	ESTADÍSTICAS VITALES.....	16
<b>IV</b>	<b>RED DE SALUD COMUNAL.....</b>	<b>21</b>
<b>V</b>	<b>AREAS PRIORITARIAS EN LA GESTION.....</b>	<b>22</b>
5.1	FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.....	24
5.2	DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS.....	28
5.3	GESTIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION SAPU - SAR - CESFAM.....	32
5.4	CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO.....	34
5.5	OTROS ASPECTOS RELEVANTES DE LA GESTIÓN.....	37
<b>VI</b>	<b>PRESUPUESTO.....</b>	<b>44</b>
6.1	EVOLUCIÓN HISTÓRICA PRESUPUESTO COMUNAL.....	44
6.2	INGRESOS PRESUPUESTO ÁREA SALUD 2020.....	47
6.3	DETALLE ESTIMACION INGRESOS DEL AREA DE SALUD 2020.....	48
6.4	DETALLE GASTOS SALUD 2020.....	54
6.5	DETALLE INGRESOS PROGRAMAS AÑO 2019 (PRAPS).....	58
6.6	GESTIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN.....	58
<b>VII</b>	<b>EVALUACIÓN PLAN DE SALUD A SEPTIEMBRE DE 2019.....</b>	<b>62</b>
7.1	INDICADORES DEL CICLO VITAL INFANTIL.....	62
7.2	INDICADORES CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE.....	65
7.3	INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR.....	68
7.4	RESOLUTIVIDAD Y ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	72
7.5	COMUNA SALUDABLE DE PEDRO AGUIRRE CERDA.....	75
7.5.1.	<i>PROGRAMA SALUD ESCOLAR.....</i>	<i>75</i>
7.5.2	<i>PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.....</i>	<i>77</i>
7.5.3	<i>PROGRAMA VIDA SANA.....</i>	<i>78</i>
7.6	PROMOCIÓN –PARTICIPACIÓN.....	80
7.7	RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	84
7.8	LABORATORIO BÁSICO.....	85
7.9	PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.....	87
7.9.1	<i>RADIOGRAFÍA DE CADERA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 3 MESES.....</i>	<i>87</i>
7.9.2	<i>ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL.....</i>	<i>88</i>
7.9.3	<i>MAMOGRAFIAS.....</i>	<i>88</i>
7.10	PROGRAMA ODONTOLÓGICO.....	89
7.10.1	<i>CICLO INFANTIL.....</i>	<i>89</i>
7.10.2	<i>PROGRAMA ODONTOLÓGICO CICLO ADOLESCENTE.....</i>	<i>90</i>
7.10.3	<i>PROGRAMA ODONTOLÓGICO CICLO ADULTO Y ADULTO MAYOR.....</i>	<i>91</i>
7.11	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL COMUNAL.....	93
7.12	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM).....	97
<b>VIII</b>	<b>PLANIFICACIÓN 2020 POR CICLO VITAL Y ÁREAS TRANSVERSALES.....</b>	<b>104</b>
8.1	PLANIFICACION 2020 CICLO VITAL INFANTIL.....	104

8.2	CICLO VITAL ADOLESCENTE.....	112
8.3	PLANIFICACION 2020 CICLO VITAL DEL ADULTO .....	120
8.5	PLANIFICACION 2020 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CICLO DE VIDA .....	134
8.6	PLANIFICACIÓN 2020 ATENCION DENTAL EN EL CICLO DE VIDA .....	139
8.7	PLANIFICACIÓN 2020 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL - COSAM .....	146
8.8	PLANIFICACIÓN ATENCION CENTRO COMUNITARIO REHABILITACION 2020.....	159
8.9	PLANIFICACION ATENCION INTEGRAL COMUNA SALUDABLE 2020.....	162
8.10	GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS .....	166
<b>IX</b>	<b>PLAN DE CAPACITACION 2020 .....</b>	<b>175</b>
9.1	ACCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN.....	176
9.2	PLAN DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION (PAC) .....	179
10	SERVICIO DE BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA APS.....	180
11	-ANEXOS.....	184
11.1	GLOSARIO.....	184
11.2	METAS SANITARIAS.....	187
11.3	INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS).....	188

## II. PRESENTACIÓN

*Los municipios como entidades administradoras de la atención primaria de salud, tenemos un rol fundamental en cuanto a brindar acceso equitativo y de calidad a la salud de nuestra población a cargo.*

*Como gobierno comunal queremos fomentar los espacios de participación más próximos a las necesidades de los vecinos y vecinas, que además les permita influir sobre las decisiones respecto a la salud en todas las políticas comunales, especialmente sobre las determinantes claves de la salud.*

*Debe hacerse presente que el trabajo conjunto, integrado y colaborativo del equipo de salud con el resto de los equipos de la comuna e intersector y fundamentalmente con la comunidad, permitirá enfrentar los problemas y necesidades de salud de los habitantes de Pedro Aguirre Cerda, los que mayoritariamente corresponden a inscritos validados FONASA que se atienden en la red de establecimientos de atención primaria de salud de nuestra comuna.*

*El presente Plan de Salud Comunal 2020 es la hoja de ruta de la política de salud de nuestra comuna que se propone avanzar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos cuyo propósito de largo plazo es “ Más Vida con Calidad de Vida” para nuestra comunidad.*

*Los principales ejes para 2020 son:*

- ***Fortalecer la relación entre los equipos de salud y la comunidad, mejorando el buen trato recíproco entre el equipo de salud y la comunidad.***
- ***Mejoramiento de la calidad de la atención***
- ***Aproximar la red de salud a los barrios, no solo en el ámbito asistencial, sino que a través de estrategias promocionales y preventivas y brindando más y mejores espacios de participación comunitaria.***

*En suma, cada cumplimiento de objetivos, metas y actividades propuestas en el presente plan entregados con calidad técnica, de forma acogedora y comprometida constituirán un avance hacia el propósito de mejorar la calidad de vida y en el bienestar ciudadano. Dicho fin, solo podrá lograrse a través de una invitación a nuestra comunidad de “tomar de control de su salud” conjuntamente con nuestro municipio.*

**ALCALDE SR. JUAN ROZAS ROMERO**  
**Noviembre, 2019**

El presente documento contiene los lineamientos estratégicos y prioritarios en salud, la evaluación de los indicadores sanitarios más relevantes y los logros alcanzados a septiembre del 2019, los diagnósticos participativos, la priorización de los problemas detectados, las acciones a realizar frente a cada uno de estos problemas, y los indicadores de cumplimiento de los mismos.

Todo ello orientado a que los vecinos y vecinas de la comuna de Pedro Aguirre Cerda accedan a una atención de salud oportuna, segura, de calidad y acogedora, donde la comunidad sea el centro y motivación del trabajo, tal como lo declara la actual planificación estratégica:

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

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

#### **Del proceso de elaboración Plan 2020:**

- El día 10 de septiembre 2019 de acuerdo a normativa, el Ministerio de Salud publicó sus orientaciones programáticas para 2020.
- Entre esa fecha y fines de septiembre, cada centro de salud comunal analizó dichas orientaciones en conjunto con su equipo de salud y realizó una evaluación de sus Planes y metas 2019, puntos críticos y desafíos para 2020.
- En paralelo, cada CESFAM actualizó sus diagnósticos participativos con la comunidad.
- El 27 de septiembre, se llevó a cabo una reunión del equipo de directores de centros de Salud con Sr Alcalde, a fin de compartir en forma preliminar las distintas estrategias para poder enfrentar los desafíos 2020.
- En el mes de Octubre (3 y 9 de octubre) se llevaron a cabo dos talleres de 8 horas cada uno, con los equipos de salud de los centros de la comuna: Director, subdirector técnico, coordinador administrativo, jefes de SOME, jefes de sector y los referentes técnicos de cada línea programática, a fin de evaluar año 2019 y construir en conjunto los lineamientos y desafíos para 2020, en el marco de las Orientaciones MINSAL y necesidades comunales.
- El trabajo se realizó con metodología matricial en base a las 3 líneas estratégicas: calidad, participación, promoción y prevención; como ejes aplicados a cada uno de los programas por ciclo vital.
- Posteriormente, una vez que se priorizaron los principales desafíos para 2020 por ciclo vital, se elaboraron por parte de los equipos de referentes técnicos la síntesis y propuesta de metas 2020.
- Dichas propuestas, posteriormente fueron analizadas por los equipos de cada uno de los centros de salud, cuyas observaciones, son las recogidas en el presente documento.
- Presentación 7 noviembre 2019 a comisión de salud municipal, cuyas observaciones han sido recogidas en el presente documento, y cuyo resumen es el siguiente :
  - Poner en marcha SAPU Lo Valledor Norte, compromiso con la comunidad.
  - Profundizar diagnóstico de personas con secuelas de Ataque Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo al Miocardio (IAM), u otros que requieran

tratamiento de rehabilitación a fin de evaluar suficiencia de oferta comunal.

- Incorporar la Información sobre años de vida potencialmente perdidos y años de vida perdidos por discapacidad
  - Incorporar presupuesto de salud y aporte municipal a salud.
  - Presupuesto de participación.
  - Fortalecer los Consejo de Desarrollo Local en Salud (CDL). Incorporar a los CDL al trabajo en Promoción.
  - Analizar y proponer modificaciones al sistema de Metas Sanitarias e Índice de Actividad de Atención Primaria de salud (IAAPS).
  - Aumentar la oferta horas médicas, por ejemplo utilizando espacios externos a los CESFAM.
- Presentación 13 de noviembre el H. Concejo Municipal .

Considerando los antecedentes recogidos del proceso previamente descrito, para el año 2020 el Departamento de Salud ha fundado el quehacer en tres pilares estratégicos, los cuales deben estar presentes en cada actividad programática:

1. Integralidad y continuidad del cuidado
2. Calidad en la Atención
3. Participación en Salud

1. **Integralidad y continuidad del cuidado:** *Un tema sensible expresado por la comunidad y los equipos de salud, se refiere a la necesidad de integralidad en la atención, las personas en sus reclamos expresan que deben conseguir distintas horas médicas y odontológicas para poder resolver integralmente los problemas de salud que los aquejan. Respecto a la continuidad del cuidado, se detecta como punto crítico la alta tasa de consulta de urgencia, la cual atenta con la continuidad del cuidado, además de la dificultad que encuentran nuestros usuarios y equipo de salud, para poder conseguir acceso a la atención de especialidad.*
2. **Calidad de Atención :** *Si bien la ley 19.966 define el concepto de calidad como estar acreditado ante la Superintendencia de Salud dentro de los plazos legales, entendemos la calidad como un proceso de mejora continua cuyo propósito es la satisfacción usuaria.*
3. **Participación Social:** *La participación social, es en sí, un determinante social de la salud, constituye un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y la opinión de los usuarios y la comunidad. Pretendemos transitar desde la entrega de información y acceso a la oferta de servicios a un espacio de mayor deliberación y análisis conjunto a fin tomar decisiones en materias de salud que afectan directamente a las personas y comunidades.*

### III CARACTERIZACIÓN DE LA COMUNA

Pedro Aguirre Cerda (PAC), tiene una superficie<sup>1</sup> de 9,7 km<sup>2</sup> es la sexta comuna más pequeña del país, y se ubica en el sector sur de la Provincia de Santiago, limitando por el norte con Estación Central y Santiago Centro; por el este con San Miguel, por el oeste con Cerrillos y al sur con Lo Espejo.

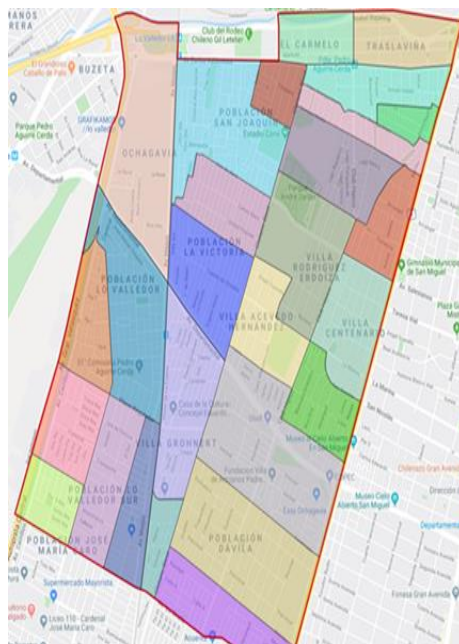
Según el Censo 2017, su densidad poblacional alcanza a 11.553,85 hab/km<sup>2</sup>, siendo la octava comuna más densamente poblada de la provincia, contando con 29.906 viviendas, que corresponde a un 1,3% de las viviendas de Región Metropolitana.

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

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

Algunos datos relevantes con relación al desarrollo urbano son<sup>2</sup>:

- 85,4% de las manzanas censales se encuentra a una distancia máxima de 1.000 metros de establecimientos de educación básica ya sea públicos o particular subvencionado.
- 85,0% de las manzanas del territorio comunal se encuentra hasta 3.000 metros de distancia de un parque, existe una relación de áreas verdes de 5,26 m<sup>2</sup>/habitantes, bajo el estándar de 10 m<sup>2</sup>/habitantes.
- 72,4% de las manzanas están a una distancia de hasta 1.500 metros de un centro de salud primario público, con una distancia mínima ponderada de 675,41 metros
- 64,0% de las manzanas se encuentra hasta 400 metros de un paradero de transporte público mayor, con un tiempo de viaje de 85 minutos en hora punta de la mañana, que sube a 110 minutos si se utiliza el transporte público, superando el estándar fijado en un máximo de 60 minutos.



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

<sup>2</sup> INE-MINVU-CNDU, Sistema de Indicadores y Estándares de Desarrollo Urbano (SIEDU), con datos del año 2018, consulta en línea <http://siedu.ine.cl/> realizada el 17 de octubre 2019.

- 32,7% de las manzanas del territorio comunal se ubica hasta 400 metros de un establecimiento de educación inicial público (jardines infantiles JUNJI o INTEGRA)
- 47,9% de las personas están expuestas a niveles de ruido diurno inaceptables ( $L_n > 65$  dBA OCDE)
- 7,4% de las manzanas cuentan con veredas con pavimento de buena calidad, ocupando el segundo lugar de las peor evaluadas en este punto entre 117 comunas estudiadas a nivel nacional.
- 12,2% de las viviendas particulares requieren mejoras de materialidad y/o servicios básicos (Déficit habitacional cualitativo)
- 57,3% los ingresos municipales totales - descontando las transferencias -, corresponden al Fondo Común Municipal (FCM).

### 3.1 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA COMUNA.

La población de Pedro Aguirre Cerda ha ido decreciendo y envejeciendo, como lo reflejan los datos de los últimos Censos, llegando en el 2017 a una población de 101.174 habitantes, que representan el 1,4% de las personas que habitan la Región Metropolitana.

Mientras la población del país creció en un 16,2% en 2017 respecto al 2002, la población comunal decreció en -11,7% para igual periodo.

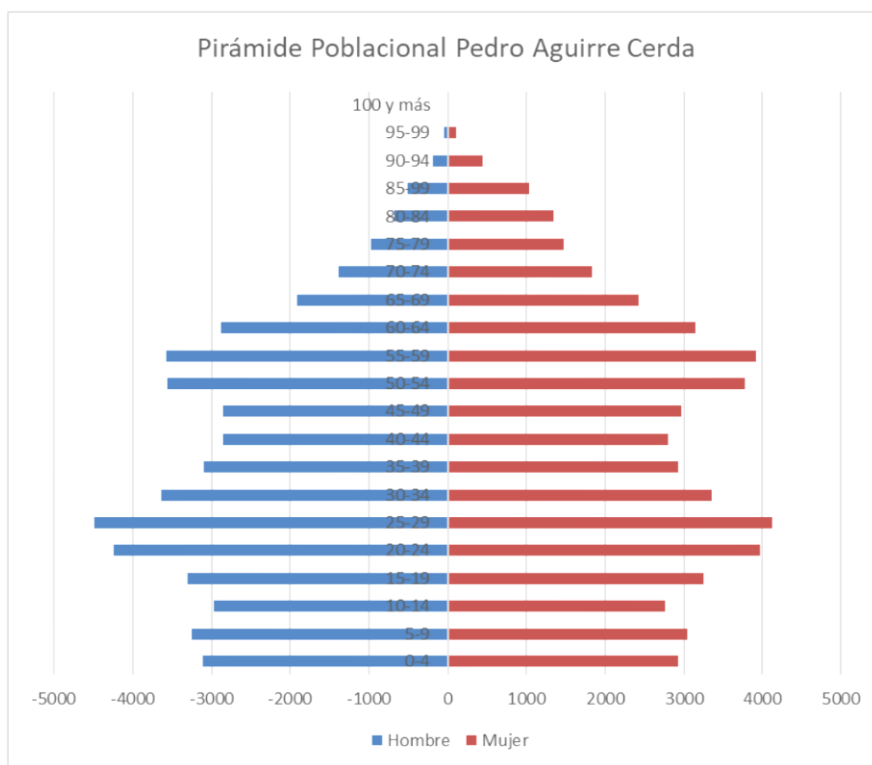
#### Población Censal 1982-1992-2002-2017 Comuna Pedro Aguirre Cerda, RM y País

Población Total	Censo			
	1982	1992	2002	2017
País	11.329.736	13.348.397	15.116.435	17.574.003
Región Metropolitana	4.318.097	5.257.937	6.061.185	7.112.808
Pedro Aguirre Cerda	145.207	130.441	114.560	101.174

Elaboración propia en base a datos INE

El envejecimiento se ve reflejado en la pirámide poblacional, que se acerca más a una pirámide estacionaria, donde la natalidad y la mortalidad se reducen, y la población predominante es madura.





Elaboración propia en base a datos INE, Censo 2017

De acuerdo con el último Censo de población y vivienda, un 12,2% de la población corresponde a niños y niñas, un 12,1% a adolescentes entre 10 y 19 años, un 61,5% a adultos de 20 a 64 años y un 14,2% a personas mayores de 65 años. Ubicándose sobre los promedios regional (10,8%) y nacional (11,4%) de personas mayores, acercándose a comunas más envejecidas como Providencia (15,7%) y Macul (14,7%).

Esta estructura poblacional implica que han disminuido los indicadores de dependencia demográfica total<sup>3</sup> por la predominancia de la población adulta, junto al aumento de la dependencia de los adultos mayores<sup>4</sup> y disminución de la dependencia de los menores de 15 años<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Dependencia demográfica total, mide la población en edades teóricamente inactivas con relación a la población en edades teóricamente activas, independientemente de su situación en la fuerza de trabajo. Su cálculo se realiza sumando la cantidad de personas entre 0 y 14 años con la población de 65 años o más y dividiéndolo por la población de 15 a 64 años, todo esto multiplicado por 100.

<sup>4</sup> Este indicador señala cuánta población de adultos mayores hay por cada 100 personas en edad potencialmente activa en términos laborales. El cálculo corresponde al cociente de la población de 65 años y más dividido por la población de 15 a 64 años, multiplicado por 100.

<sup>5</sup> Señala cuántos menores de 0 a 14 años hay por cada 100 personas con edad potencialmente activa en términos laborales. El cálculo corresponde al cociente de la población de 0 a 14 años dividido por la población de 15 a 64 años, multiplicado por 100.

## Índice de dependencia Comuna Pedro Aguirre Cerda, RM y País 1992,2002,2017

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

Elaboración propia en base a datos INE

Respecto a la distribución poblacional por sexo, en el Censo del 2017, la comuna registró un índice de masculinidad de 95,8 lo que significa un leve predominio de la población femenina, pero con una diferencia que no es estadísticamente representativa con relación a los promedios regional (94,8) y nacional.

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

En los últimos años el porcentaje de inmigrantes internacionales ha crecido, en 1992 las personas nacidas en el extranjero residentes habituales de Chile representaron 0,8% del total de población que residía en el país, este subió al 1,3% en el Censo de 2002 y alcanzó a 4,4% en el Censo 2017.

La migración internacional se concentra en la región metropolitana, el 63,1% de extranjeros residentes habituales del país<sup>6</sup> viven en esta región (789.412 personas), que corresponde al 10,2% de la población de la región metropolitana estimada al 31 de diciembre de 2018 es extranjera.

Las personas extranjeras residentes en Chile provienen con mayor frecuencia de cinco países: Venezuela, Perú, Haití, Colombia y Bolivia<sup>7</sup>.

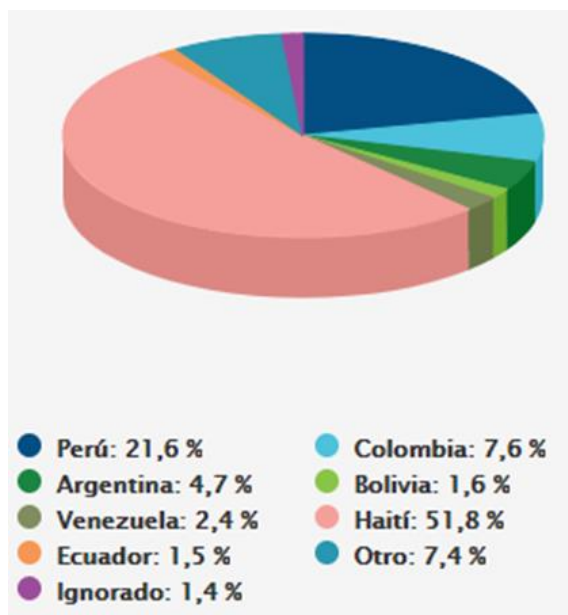
Sólo un 6% de los habitantes de Pedro Aguirre Cerda son extranjeros de acuerdo con el censo del 2017. Lejos de las proporciones observadas el 2018 en las comunas de Santiago (28%), Las Condes (11%) e Independencia (31%) que concentran los residentes extranjeros en la región Metropolitana<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> INE, consulta en línea <https://ine.cl/prensa/detalle-prensa/2019/07/31/regi%C3%B3n-metropolitana-concentra-el-63-1-de-extranjeros-residentes-habituales-del-pa%C3%ADs> realizada el 21 de octubre de 2019.

<sup>7</sup> INE, consulta en línea [https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/estimaciones-personas-extranjeras/minuta-estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-resultados-regionales.pdf?sfvrsn=223d5fd2\\_4](https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/estimaciones-personas-extranjeras/minuta-estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-resultados-regionales.pdf?sfvrsn=223d5fd2_4) realizada el 21 de octubre de 2019.

<sup>8</sup> INE, consulta en línea [https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/estimaciones-personas-extranjeras/minuta-estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-resultados-regionales.pdf?sfvrsn=223d5fd2\\_4](https://www.ine.cl/docs/default-source/demogr%C3%A1ficas-y-vitales/estimaciones-personas-extranjeras/minuta-estimacion-poblacion-extranjera-en-chile-resultados-regionales.pdf?sfvrsn=223d5fd2_4) realizada el 21 de octubre de 2019.

## Distribución migrantes Comuna Pedro Aguirre Cerda, Censo 2017



Fuente: INE, Censo 2017

Entre los residentes extranjeros de la comuna la colonia haitiana es la más numerosa, seguida por la peruana, y en menor medida por la colonia colombiana, de acuerdo con los datos del Censo 2017. El perfil de los migrantes que residen en la comuna de personas entre 15 y 64 años, con una edad promedio de 30,9 años, una escolaridad media de 9,4 años, y más hombres que mujeres (índice de masculinidad 120,7).

### **Desafío**

***En conclusión, este perfil demográfico en transición al envejecimiento poblacional implica un aumento progresivo de la demanda por prestaciones de salud para atención de usuarios con patologías crónicas no transmisibles, tales como: Diabetes e Hipertensión, Artrosis, Demencia, Alzheimer, cánceres, entre otras, que requieren abordaje integral e interdisciplinario, apoyo farmacológico, y estrategias que consideren el cuidado de los Cuidadores y familias, si es necesario en domicilio.***

## 3.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

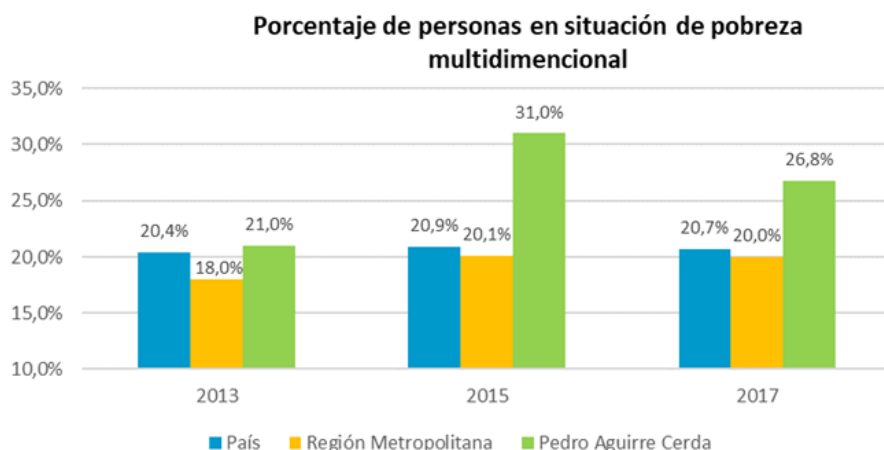
### 3.2.1. POBREZA MULTIDIMENSIONAL

Hoy en día la pobreza no se mide sólo en términos de ingresos, sino en “cómo las personas experimentan la pobreza en su salud, educación y nivel de vida”<sup>9</sup>. En Chile, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO) considera cinco dimensiones de la pobreza: educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, redes y cohesión social.

<sup>9</sup> PNUD, Índice de Pobreza Multidimensional 2019 consulta en línea en <http://hdr.undp.org/en/2019-MPI> realizada el 17 de octubre de 2019.

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, muestra que la pobreza multidimensional en la comuna frenó la tendencia al aumento observada respecto al año 2013, pero aún se mantiene más de seis puntos sobre el porcentaje regional y nacional. Ocupando el lugar 12 entre las 52 comunas de la Región Metropolitana con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional.

### Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional Pedro Aguirre Cerda, RM y país censo 2013,2015 y 2017



Fuente: MIDESO, Encuesta CASEN 2013, 2015 y 2017

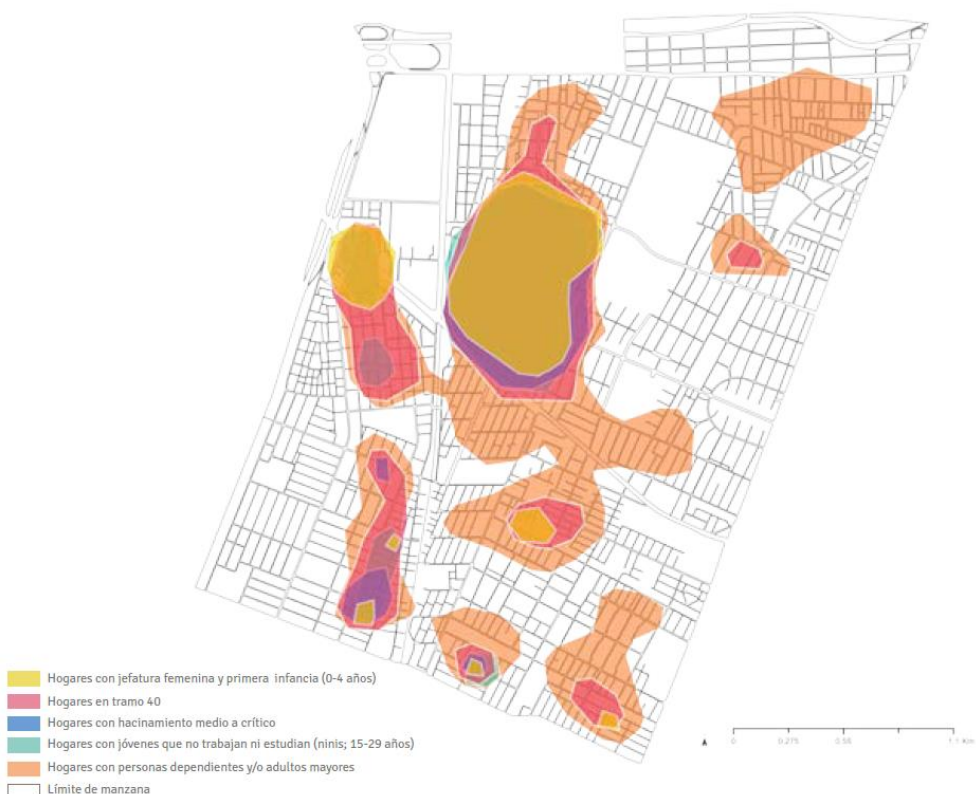
#### 3.2.2. REGISTRO SOCIAL DE HOGARES

MIDESO en 2017, tomando la base del Registro Social de Hogares - sistema vigente de apoyo a la selección de beneficiarios de un conjunto de prestaciones sociales que otorgan distintas instituciones del Estado - identificó la ubicación territorial de los hogares que presentaban vulnerabilidad social relacionada con las siguientes variables:

- Hogares ubicados en el tramo del 40% de Calificación Socioeconómica, es decir, que se encuentran dentro del 40% de menores ingresos.
- Hogares con personas en situación de dependencia y/o adultos mayores,
- Hogares con jefatura femenina y niños(as) en primera infancia (0-4 años)
- Hogares con jóvenes que no trabajan ni estudian, "Ninis" (15 a 29 años)
- Hogares con hacinamiento medio a crítico: hacinamiento medio (2,5 a 3,49 personas por dormitorio), hacinamiento alto (3,5 a 4,99 personas por dormitorio) y hacinamiento crítico (5 y más personas por dormitorio).

A continuación se presenta el resultado del cruce de estas variables con el territorio comunal:

## INTEGRACIÓN DE INDICADORES DEL REGISTRO SOCIAL DE HOGARES EN ZONAS URBANAS



Fuente: MIDESO, Atlas de Acción Social, 2017

**Este mapa permite identificar territorios que coinciden con dos centros de salud - CESFAM Padre Pierre Dubois y Lo Valledor Norte - donde se concentraría población más vulnerable de la comuna.**

### 3.2.3. EDUCACIÓN

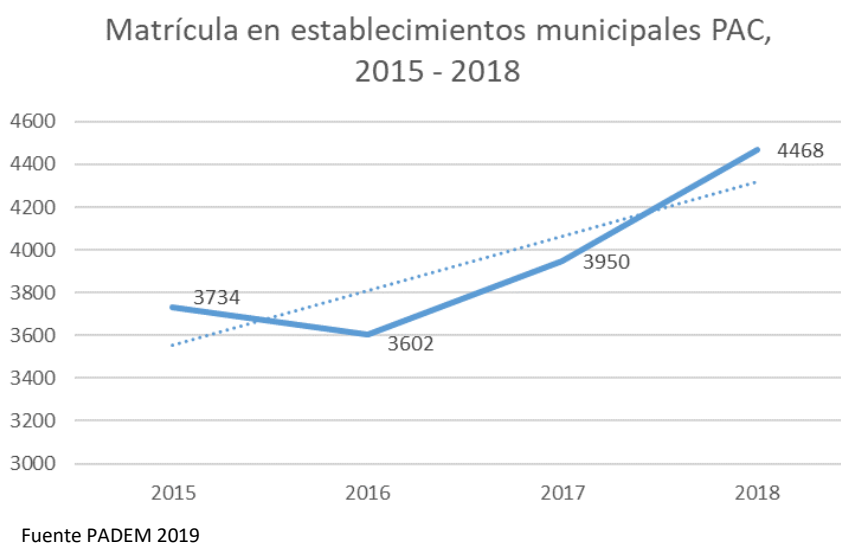
La educación y la salud son dos dimensiones estrechamente relacionadas, ambas inciden en la otra y aportan al desarrollo y bienestar de las sociedades.

Al revisar el acceso a la educación se observa una tendencia al aumento de la matrícula en los establecimientos educacionales municipales de la comuna en los últimos tres años. Sólo uno de los 15 establecimientos municipales: Parque Las Américas, presenta una tendencia a la baja en su matrícula.

El crecimiento de la matrícula obedece parcialmente a la llegada de niños y niñas migrantes, un 26,81% de los estudiantes de establecimientos municipales son de otras nacionalidades (1.198 estudiantes), siendo la mayoría de origen haitiano (80,4%), y en menor proporción venezolanos (7%), peruanos (6,6%) y otras nacionalidades (6%)<sup>10</sup>. Destaca la situación del Liceo Eugenio Pereira Salas, donde el 68,6% de su matrícula corresponde a alumnos de origen extranjero.

<sup>10</sup> Datos del Departamento de Educación Municipal PAC, 2019.

## Matrícula establecimientos municipales Pedro Aguirre Cerda 2015 –2018



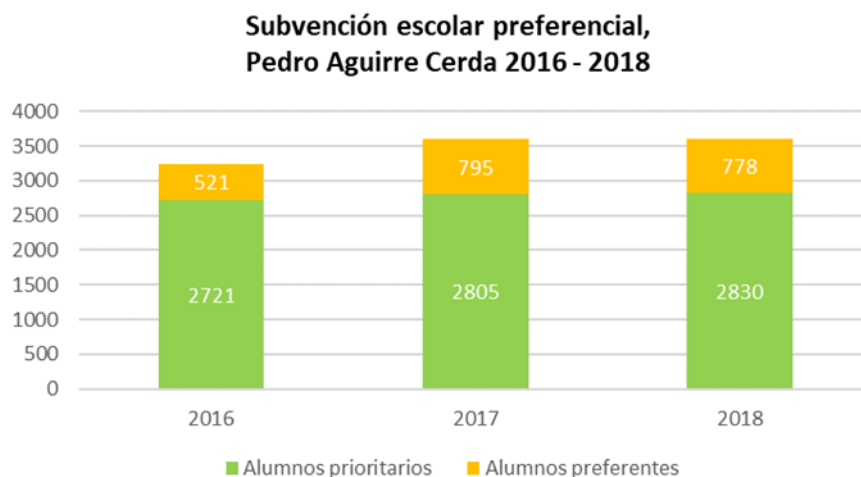
La vulnerabilidad en educación se clasifica en dos grandes categorías para efectos de implementar una subvención escolar preferente<sup>11</sup>:

- Alumno prioritario: aquellos para quienes la situación socioeconómica de sus hogares puede dificultar sus posibilidades de enfrentar el proceso educativo.
- Alumnos preferentes: no tienen la calidad de alumno prioritario y sus familias pertenecen al 80% más vulnerable de la población; según el instrumento de caracterización social vigente (Registro Social de Hogares).

El número de estudiantes vulnerables que asisten a los establecimientos municipales de Pedro Aguirre Cerda ha aumentado en los últimos tres años, aunque debido al aumento de las matrículas totales ha disminuido levemente el porcentaje de estudiantes vulnerables sobre el total de alumnos.

<sup>11</sup> Ley 20.248, Subvención escolar preferencial, publicada el 01 de febrero de 2008.

## Subvención escolar preferencial Pedro Aguirre Cerda 2016 –2018



Fuente PADEM 2019

Destaca el hecho de que trece de los quince establecimientos educacionales municipales tienen más de un 80% de sus estudiantes en situación de vulnerabilidad, y que la mayor parte de ellos son prioritarios. Es notoria la situación de la Escuela Villa Sur donde el 96% de su alumnado presenta alguna vulnerabilidad<sup>12</sup>.

El país ha tenido avances en el nivel de escolaridad y por ende en el acceso a la misma, pero subsisten brechas asociadas a los años de escolaridad, calidad y acceso a educación superior.

### Indicadores de escolaridad Comuna Pedro Aguirre Cerda, RM y País, 2017

Indicadores de escolaridad de acuerdo a Censo 2017	País	Región Metropolitana	Pedro Aguirre Cerda
Escolaridad jefe hogar	10,9	11,8	9,9
Ingreso a Ed. Superior	31%	37%	21%
Ed. superior terminada	75%	76%	68%

Fuente: INE, Censo 2017

Respecto al analfabetismo, un 2,3% de la población comunal de 15 años y más de edad no tiene educación formal, y un 6,2% de las personas mayores de 15 años cursaron entre 1 y 4 años de escolaridad<sup>13</sup> lo que alude a un porcentaje importante de personas que podrían presentar analfabetismo funcional.

<sup>12</sup> Departamento de Educación Municipal Pedro Aguirre Cerda, 2019.

<sup>13</sup> INE, Censo 2017 consulta en línea [https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO\\_2017&lang=esp](https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO_2017&lang=esp) realizada el 22 de octubre 2019.

La encuesta CASEN 2017 señala que en el país, las personas analfabetas en su mayoría son mayores de 60 años, levemente más mujeres que hombres, que pertenecen al primer quintil de ingresos.

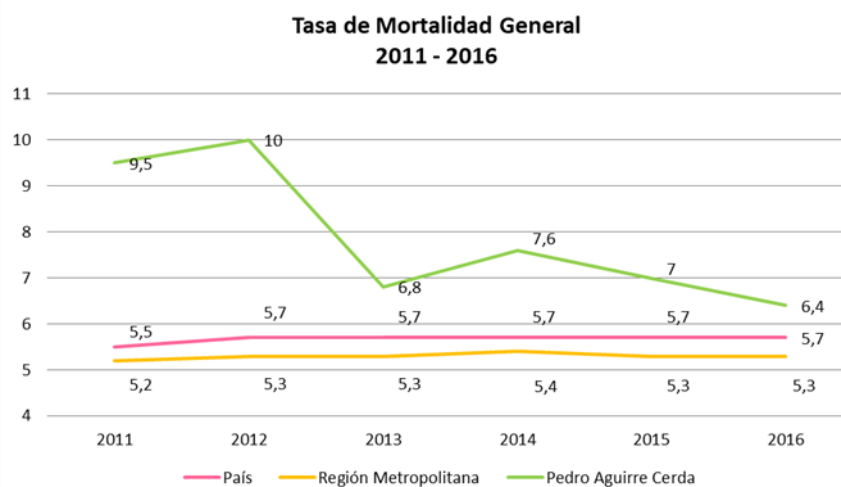
Sobre el ingreso a la educación superior, el sistema de educación comunal ha incorporado la preparación preuniversitaria al currículo, pero como indican los datos censales la proporción de personas residentes en la comuna que acceden a la educación superior es menor al promedio regional y nacional.

**Desafío**  
**Mejorar el trabajo conjunto con sector educación, en especial salud mental y sexualidad en niños, niñas y adolescentes.**

### 3.3 ESTADÍSTICAS VITALES

#### MORTALIDAD GENERAL

La Tasa de Mortalidad General, permite comparar el nivel de salud entre poblaciones, representando la probabilidad de morir de una población en un año. Pedro Aguirre Cerda muestra una tendencia al descenso en este indicador, acercándose a los valores que presentan la Región Metropolitana y el país.

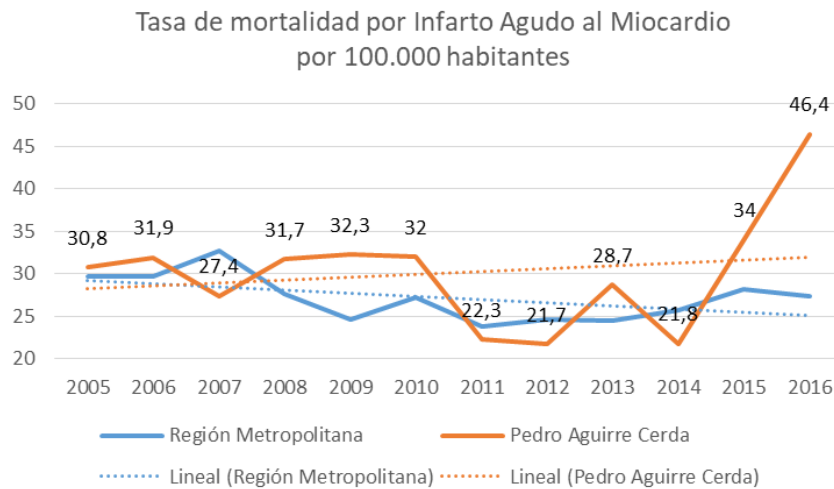


Fuente: MINSAL, DEIS

Las enfermedades del sistema circulatorio explican el mayor porcentaje de las muertes a nivel nacional, situación que se replica en Pedro Aguirre Cerda, siendo el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) una de las causas de mortalidad importante. Esta tasa muestra una tendencia al aumento en la comuna, mientras la tasa de la Región Metropolitana muestra una tendencia de la disminución.

**Desafío**  
**Bajar la tasa de mortalidad por IAM a través de pesquisa de población con mayor riesgo Cardiovascular, la cual probablemente hoy no está accediendo a la atención.**



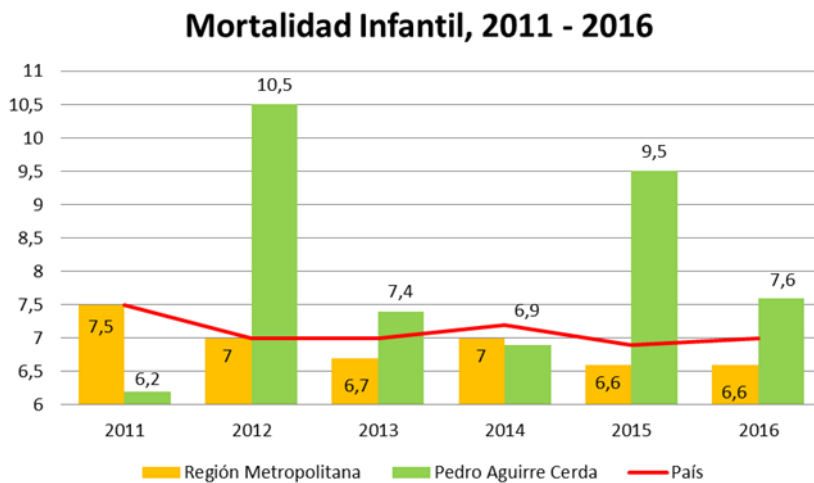


Elaboración propia en base a datos MINSAL, DEIS

Las muertes por esta causa afectan principalmente a hombres jóvenes entre los 40 a 60 años, laboralmente activos, lo que genera un impacto negativo significativo en la familia. Intervenciones como EMPA (Exámenes de Medicina Preventiva del Adulto) colaboran en la detección de patologías y factores de riesgo asociados a estas muertes prematuras en la población.

### MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD DE ADULTOS MAYORES.

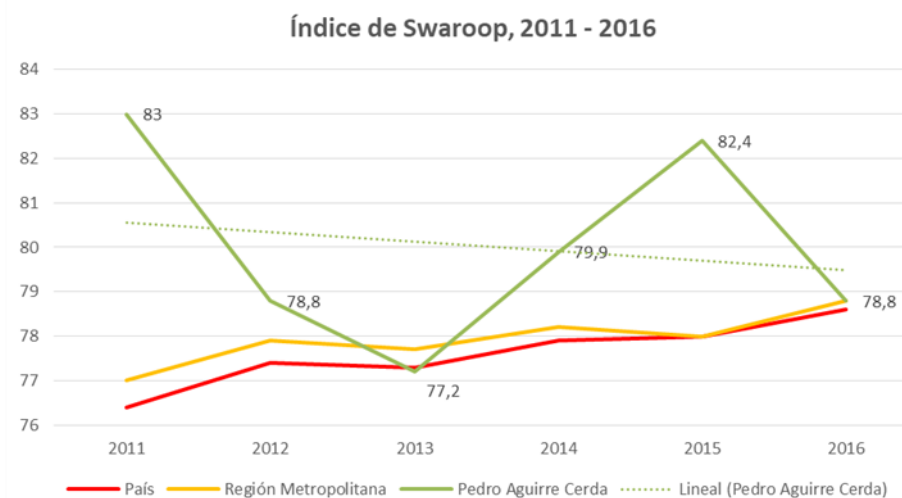
La tasa de mortalidad infantil representa las muertes ocurridas antes del primer año de vida. Chile tiene una de las tasas más bajas del continente, en 2016 de cada 1.000 nacidos vivos, fallecieron 7 durante el primer año de vida. Pero este es un promedio, que comprende diferentes realidades, para ese mismo año la comuna de Lo Barnechea tuvo una tasa de 1,6 mientras que Recoleta tuvo una tasa de 12,4. Pedro Aguirre Cerda al comparar con la región y el país tiene tasas más altas pero con una clara tendencia a su disminución.



Fuente: MINSAL, DEIS

Es esperable que el final de la vida ocurra en la última etapa del ciclo vital, en la Adulthood Mayor, por lo que para evaluar la mortalidad en Adultos Mayores se utiliza el Índice de

Swaroop, que consiste en la proporción de defunciones de personas con 60 años y más, sobre el total de defunciones registradas. Un Índice de Swaroop elevado representa una mejor situación sanitaria.



Fuente: MINSAL, DEIS

Pedro Aguirre Cerda muestra un indicador sanitario mejor que el del país y de la región, pero con una tendencia en los últimos años a bajar su desempeño, lo que debe ser observado dentro de un rango mayor de tiempo y en segmentos etarios específicos.

## **AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)**

El indicador de años de vida potenciales perdidos (AVPP), da cuenta de la pérdida que tiene la sociedad por muertes de jóvenes o prematuros. Cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida, por lo tanto es un indicador de desigualdad en salud. En la siguiente tabla se observa la tendencia desde 2005 al 2014, últimos datos publicados en DEIS. El país ha bajado de una tasa de 75,1 a 69,8 . La RM de 67,5 a 64, 7 y nuestra comuna de 99,3 en 2005 a 79,1 en 2014, presentando cifra más altas en la RM.

### **Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) 2005-2014 Tasa por Mil Habitantes.**

Territorio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
País	75,1	74,0	77,0	76,1	75,7	75,5	72,7	71,6	70,0	69,8
Región Metropolitana	67,5	67,2	69,9	68,0	68,1	69,1	67,9	66,0	64,2	64,7
Pedro Aguirre Cerda	99,3	98,2	90,3	91,5	97,3	101,6	96,0	11,8	77,1	79,1

Fuente: DEIS MINSAL

Las causas de los 467.558 años de vida potencialmente perdidos el año 2014 en la RM, son los siguientes:

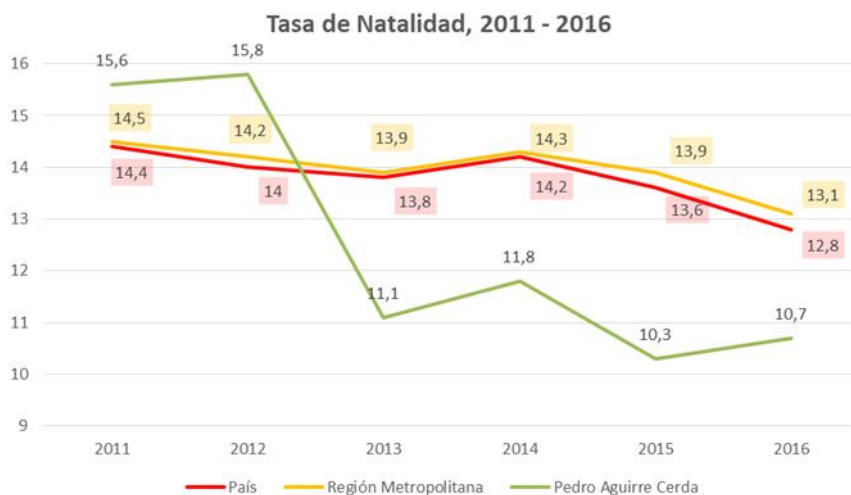
**Principales Causas de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)  
2014 en Región Metropolitana.**

Región Metropolitana de Santiago		467.558
	Resto de causas	162.749
C00-C97	Tumores malignos	106.376
I00-I99	Enfermedades sistema circulatorio	80.552
X60-X84	Lesiones autoinfligidas	24.818
V01-V99	Accidentes de transporte	23.877
J00-J99	Enfermedades sistema respiratorio	23.004
X85-Y09	Agresiones	20.285
	Resto de causas externas	18.105
B20-B24	Enfermedades por VIH	7.792

Fuente: DEIS MINSAL

## TASA DE NATALIDAD

A nivel nacional existe una tendencia a la disminución gradual de las tasas de Natalidad y de Fecundidad, donde la primera muestra la cantidad de nacimientos en un determinado año en una cierta población por cada 1.000 habitantes, y la segunda es el número de hijos e hijas que nacerían de una mujer que durante su vida fértil tuviera sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad.



Fuente: MINSAL, DEIS

Desde el año 2011 la comuna ha presentado una disminución del número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una tendencia a la baja más marcada que la observada en el país y la región. Esto implica que la comuna de Pedro Aguirre Cerda está envejeciendo, ya que la tasa de reemplazo de las personas adultas mayores es baja, pues en promedio una mujer en edad fértil tiene 1,3 hijos en la comuna<sup>14</sup>.

Por otro lado, para el año 2016 la mayor tasa de fecundidad se observó en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, mientras que a nivel regional se observaba una tendencia a postergar la maternidad, siendo mayor la tasa en mujeres de 30 a 34 años<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> INE, Censo 2017 consulta en línea <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13> realizada el 22 de octubre de 2019.

<sup>15</sup> DEIS, Tasa específica de fecundidad según grupo de edad, consulta en línea [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos\\_2000\\_2015.html](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2011/05/SerieNacimientos_2000_2015.html) realizada el 17 de octubre de 2019.

#### IV RED DE SALUD COMUNAL

El 3 de octubre del 2019 se concretó el esperado traspaso en comodato del cuarto centro de salud, con nueva infraestructura (reposición de edificación), desde la administración de Servicio de Salud Metropolitano Central, a la administración municipal. Lo anterior ha implicado ir asumiendo gradualmente la atención en salud de una nueva población incluso desde antes del traspaso efectivo del territorio y centro de salud. Nuestra comuna lleva más de un año preparando el momento del traspaso del edificio, y actualmente se encuentra preparando la recepción de la población a cargo actualmente del Servicio Metropolitano Central.

Por lo tanto, nuestra comuna de Pedro Aguirre Cerda, para el año 2020 administrará cuatro centros de salud familiar, tres de ellos con dispositivos de atención de urgencia, un centro comunitario de salud mental, un centro de especialidades médico odontológicas, con una unidad de atención oftalmológica y un centro comunitario de rehabilitación.

##### **Desafío**

**Poner en marcha el SAPU para el nuevo CESFAM, los recursos que vienen vía PRAPS ya han sido solicitados y comprometidos por MINSAL para año 2020.**

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

## **V AREAS PRIORITARIAS EN LA GESTION**

En septiembre de 2019 se dio inicio al proceso de evaluación y planificación para el año siguiente, que tuvo su punto culmine en una Jornada de Planificación, realizada los días 3 y 9 de octubre de 2019, donde los equipos de salud, representados por sus directores y jefes de sector, presentaron su trabajo, evaluaciones, construyeron propuestas para el año 2020 y priorizaron las mismas acompañados por Departamento de Salud y referentes técnicos comunales.

Esta metodología de trabajo, descrita previamente, puso el énfasis en la mirada territorial, cobrando protagonismo el rol de los equipos de cabecera, que revisaron la situación de salud de su población a través del ciclo vital, reconociendo sus fortalezas y debilidades, proponiendo objetivos para potenciar las primeras y subsanar las segundas, en jornadas de trabajo por CESFAM. Previo a este trabajo cada CESFAM había trabajado con su comunidad, actualizado los diagnósticos participativos, recogiendo las necesidades, demandas, prioridades y alternativas de solución identificadas por sus poblaciones a cargo.

Además, los equipos identificaron y priorizaron áreas de capacitación necesarias para cumplir con las metas que desean alcanzar, lo que se aborda en el Plan de Capacitación contenido en capítulo posterior.

Para el 2020 se definió que los pilares estratégicos que deben estar presente en cada uno de los programas de atención por ciclo vital o de gestión transversal son:

- 1. Integralidad y continuidad del cuidado**
- 2. Calidad en la Atención en Salud del Usuario**
- 3. Participación en Salud**

Las áreas temáticas priorizadas por ciclo vital de acuerdo son:

Ciclo vital			
Infancia	Adolescencia	Adulthood	Adulthood Major
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar el trabajo colaborativo con el Intersector en especial educación</li> <li>2. Mejorar competencias para pesquisa de problemas de salud mental en población infantil</li> <li>3. Aumentar la cobertura en la atención de niños/as de 5 a 9 años</li> <li>3. Realizar Cabildo infantil</li> <li>5. Seguimiento de proceso de atención</li> <li>6. Obtener certificación como Centros Amigos de la Lactancia Materna</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar seguimiento a EMPAD alterados</li> <li>2. Aumentar oferta de canasta básica de actividades</li> <li>3. Implementar actividades de Espacio Amigable fuera de los centros de salud (espacios comunitarios)</li> <li>4. Consejo consultivo de adolescentes</li> <li>5. Atención protegida para este grupo.</li> <li>6. Diagnóstico participativos adolescentes</li> <li>7. Aumentar la cobertura de PBC en este grupo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Aumentar la oferta de atención en horario de extensión para la población trabajadora</li> <li>5. Implementar atención de multimorbilidad médica y farmacéutica.</li> <li>2. Realizar seguimiento a EMPA alterados</li> <li>2. Aumentar cobertura de pesquisa VIH</li> <li>5. Aumentar Consejerías Familiares a grupos de riesgo específicos</li> <li>6. Realizar diagnósticos participativos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar atención de multimorbilidad médica y farmacéutica.</li> <li>2. Implementar talleres de sexualidad</li> <li>3. Seguimiento de EMPAM alterados cartera de servicios</li> <li>4. Realizar auditorías de casos, en grupos de mayor riesgo</li> <li>5. Aumentar oferta de prestaciones en programa Más Adultos Mayores</li> </ol>

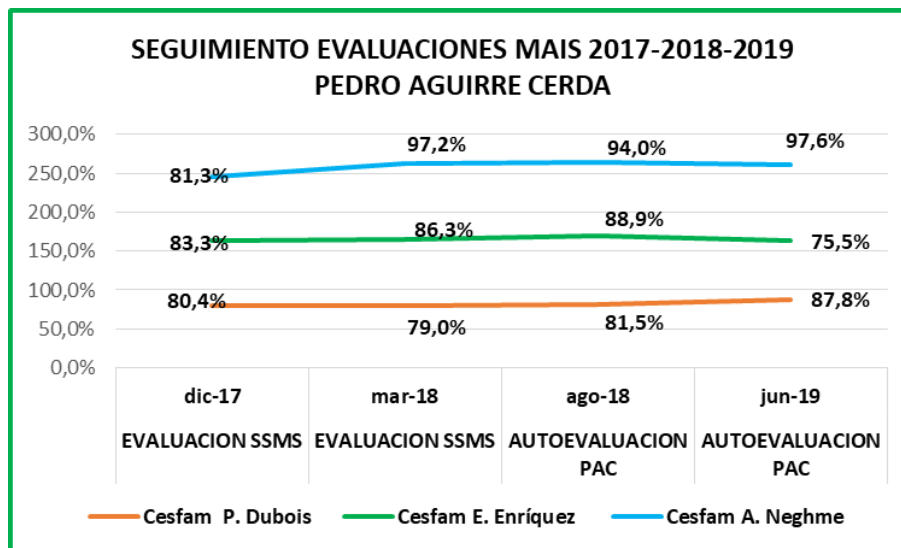
Fuente: resumen de áreas prioritarias, taller octubre 2019.

## 5.1 FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

El marco conceptual que guía el trabajo de los equipos de salud en APS, vale decir el cómo se ejecutan las acciones de salud del presente plan, se basa en los principios del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS), el cual se ha ido desarrollando en la comuna desde 1998.

En junio 2019 se realizó una autoevaluación cruzada con pauta MAIS en los tres CESFAM, logrando todos ellos aprobar, alcanzando un promedio comunal de 86% para el periodo 2017 – 2019.

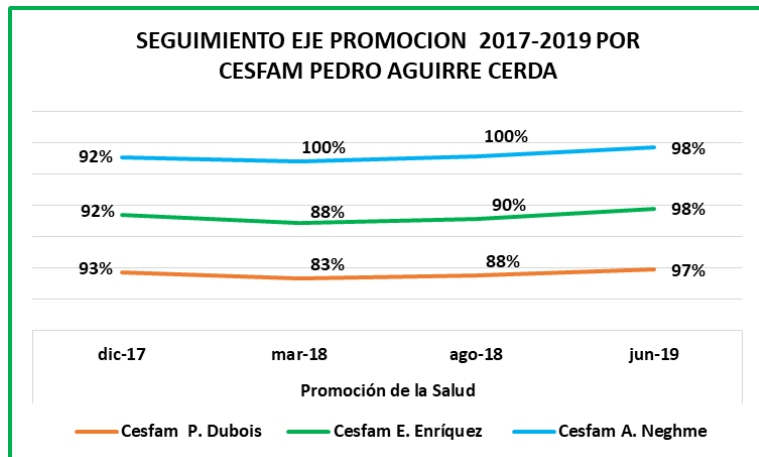
A continuación, se presentan los resultados comunales de la aplicación Pauta de evaluación MAIS desglosada en sus nueve ejes<sup>16</sup>, se destaca el alto porcentaje de logro alcanzado por el CESFAM Amador Neghme y la mejoría del CESFAM Padre Pierre Dubois, en cambio CESFAM E Enríquez, deberá realizar un proceso de mejora.



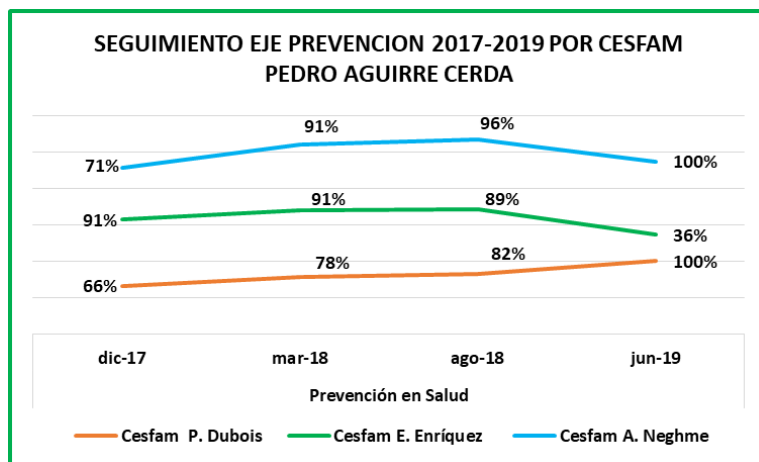
<sup>16</sup> MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento Modelo de Atención Primaria, Instrumento para la Evaluación y Certificación de Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.



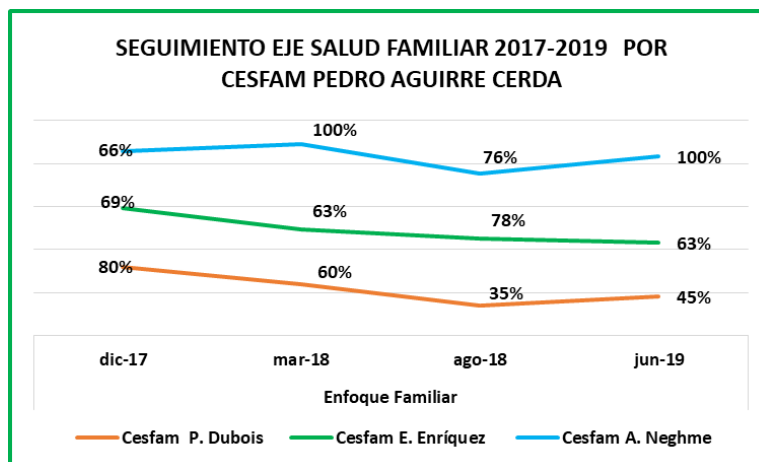
1. Promoción en salud, que se alcanza en promedio con 93% de cumplimiento en el periodo 2017 – 2019



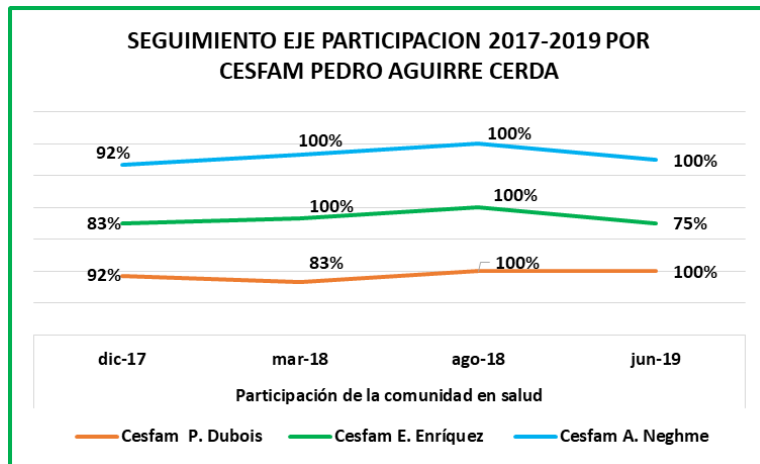
2. Prevención en salud, donde se observa el cumplimiento más bajo de la comuna: 36,4%, debido a que un centro de salud no logró la meta.



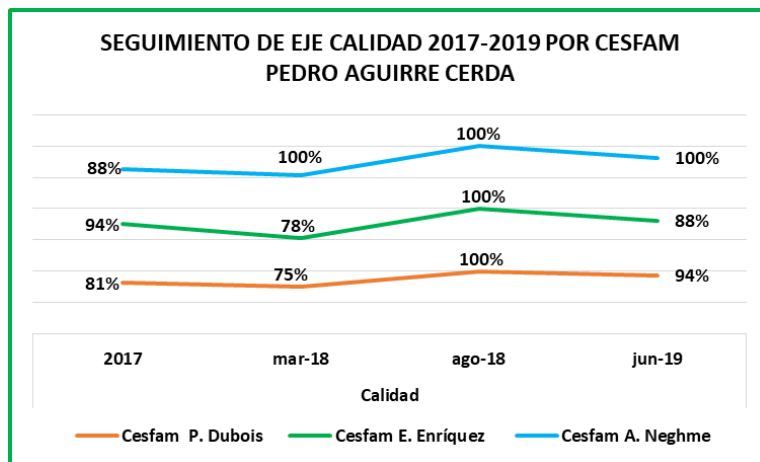
3. Enfoque Familiar, el más difícil de lograr, pero sólo uno de los centros no logró en la última evaluación alcanzar el umbral de cumplimiento.



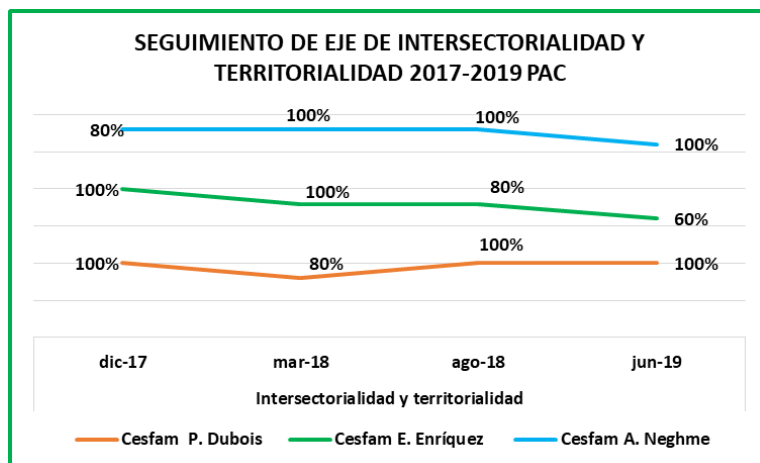
4. Participación Comunitaria, la comunal alcanza un 94% de cumplimiento



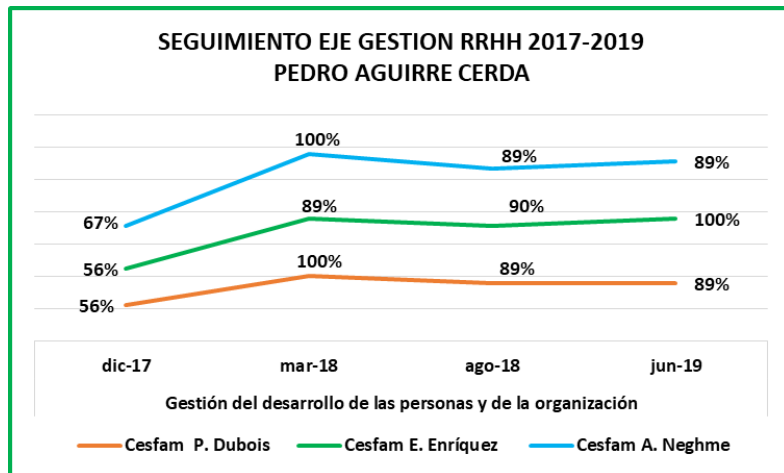
5. Calidad, en promedio la comuna logra un cumplimiento de 91%



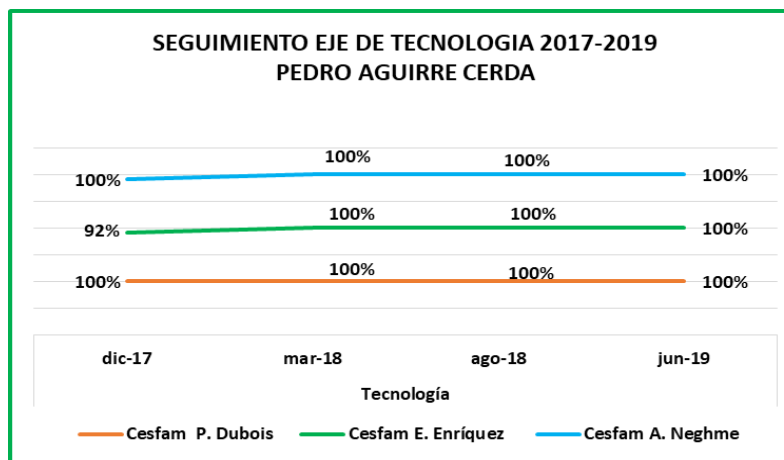
6. Intersectorialidad y territorialidad, el cumplimiento comunal asciende a 92%



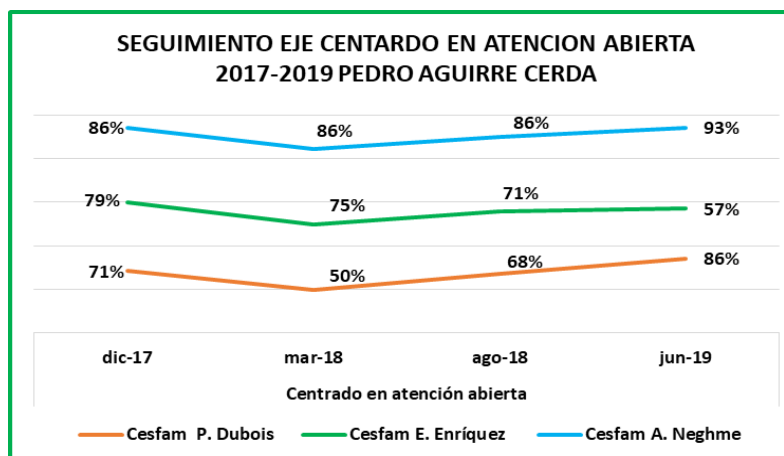
7. Desarrollo de las personas y organización, consiste en facilitar el ejercicio de sus talentos profesionales y humanos al servicio de las personas, comunalmente se cumple en un 84%



8. Tecnología, el promedio comunal es de 99 % de cumplimiento en el periodo 2017-2019



9. Centrado en la atención abierta, busca todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo. Este indicador se logra en un 76% en la comuna para el periodo en seguimiento



La Pauta MAIS es un instrumento que incorpora los principios del modelo de Salud Familiar y Comunitaria, y que persigue contribuir a la mejora continua, a la efectividad, la eficiencia, modernización, pertinencia y equidad de la atención primaria de salud. Por lo tanto, más allá de la generación de documentos y registros en ficha requeridos en las evaluaciones, en el día a día esta mejora continua se debe reflejar en el buen trato y calidad de la atención del usuario, su familia y que en la gestión del establecimiento se considere el trabajo con la comunidad y organizaciones del territorio, finalmente expresado en resultados sanitarios.

A partir del análisis de lo avanzado en la implementación de Modelo de salud familiar en el año 2019 y el proceso de análisis FODA realizado con los equipos comunales, se han definido los siguientes desafíos:

1. Capacitar a equipos de salud en Herramientas para el abordaje integral centrado en la persona, con énfasis en la multimorbilidad.
2. Implementar de manera piloto en cada CESFAM la atención de multimorbilidad.
3. Realizar Consejería familiares a los grupos de riesgo específicos, definidos de acuerdo a la realidad de cada CESFAM.
4. Realizar auditorías de Visitas Domiciliarias Integrales a Familias con evaluación de Alto Riesgo.
5. Potenciar la implementación de la estrategia de Lugares de trabajo Promotores de la Salud (LTPS).
6. Evaluar desarrollo cualitativo de los equipos de cabecera y consensuar comunalmente su metodología de trabajo.
7. Potenciar el trabajo comunitario, con énfasis en la mirada territorial e intersectorial.

***Desafío Instalar el Modelo salud familiar en el nuevo CESFAM Lo Valledor Norte y lograr un desarrollo armónico del modelo en los 4 CESFAM, que sea valorado y percibido por la comunidad***

***Los esfuerzos durante el año 2020 para los otros 3 CESFAM, deben focalizarse en el avance en los ejes Prevención, Enfoque Familiar y Centrado en la atención abierta.***

## 5.2 DIAGNOSTICOS PARTICIPATIVOS

En octubre 2017 en Pedro Aguirre Cerda, se efectuó una jornada de Diagnóstico Participativo en Salud, que buscó conocer la percepción de la comunidad en tres áreas: Condiciones de vida con su componente medioambiental y psicosocial, Problemas de salud y Satisfacción usuaria.

Durante el 2018 y 2019, los centros de salud han actualizado dicho diagnóstico trabajando con su población a cargo dentro de un enfoque territorial.

A continuación se presenta el resumen comunal de los problemas identificados en los diagnósticos participativos:

### CONDICIONES DE VIDA

#### Condiciones Medio Ambientales:

- Micro basurales en distintos puntos de la comuna.
- Falta de control de plagas y vectores.
- Tenencia no responsable de mascotas.
- Calidad y mantención de las veredas.
- Iluminación del espacio público

#### Condiciones Psicosociales:

- Micro tráfico de drogas

- Cultura de tráfico y del consumo en todos los espacios de las poblaciones de la comuna.
- Consumo de drogas, naturalización del consumo de marihuana y del alcohol.
- Baja percepción del riesgo de dichas sustancias (legales e ilegales) en niños y adolescentes
- Promoción del consumo por red social primaria (familias y cuidadores), causa y efecto del deterioro del tejido social, unido a la afectación de la salud mental (problemas psicosociales) de las familias y comunidad.

## PROBLEMAS DE SALUD

### Enfermedades:

- Cardiovasculares (diabetes e hipertensión), accidentes vasculares y los infartos asociados a los determinantes sociales (modos de vida) y la cultura del poco cuidado de sí (estilos de vida).
- Cáncer como una de las causas de enfermar y morir en la población.
- Problemas de salud mental: depresión, el consumo de alcohol y drogas, Alzheimer, Demencias

### Hábitos y Costumbres:

- Alimentación rápida y fácil, caracterizada por la ingesta de carbohidratos (masas, pan, papa, cecinas), bebidas azucaradas y comidas chatarras, (determinantes sociales).
- Falta de actividad física.

## SATISFACCIÓN USUARIA

- Mejorar el sistema de entrega de horas
- Mejorar trato a usuarios (cultura del respeto, agradecimiento y servicio)
- Contar con especialistas, aumentar las horas médicas y la cantidad de medicamentos.
- Aumentar la oferta de actividades preventivas, talleres, actividades en la comunidad, uso de las juntas vecinales, las plazas y parques
- Mejorar la información, respecto de prestaciones clínicas y comunitarias en todos los centros.

### **Respecto a los diagnósticos participativos actualizados por cada centro :**

#### **CESFAM Padre Pierre Dubois**

El equipo del CESFAM junto a la comunidad de su territorio realizó entre julio y agosto de 2019 mesas de trabajo por ciclo vital y temático, actualizando el Diagnóstico Participativo, llegando a acuerdo y metas para el trabajo en conjunto del 2020.

Mesa Líderes comunitarios: acciones comprometidas para 2020

- Mesa comunal de trabajo para gestionar el tema del tráfico, la inseguridad, violencia, así como el consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Solicitar desde esta mesa la activación de la comisión mixta de trabajo educación - salud para reforzar un trabajo comunitario con familias, niños y adolescentes.
- Intervenciones comunitarias con familias con acciones preventivas (prevención secundaria y terciaria).
- Apoyo de la gestión de casos de adultos abandonados, vinculando el quehacer del CESFAM con otras organizaciones y el Intersector.
- Curso de monitores para el cuidado de adultos mayores.
- Trabajo respecto al buen trato entre comunidad y funcionarios.
- Fortalecer y ampliar la convocatoria de más actores de la comunidad.
- Agendamiento telefónico es considerado mucho más accesible para la comunidad.
- Articulación de CESFAM con los líderes comunitarios en relación a la difusión del diagnóstico participativo.

#### Mesa Mujeres: acciones comprometidas para 2020

- Incorporar temática en territorio sobre la familia.
- Fortalecer las actividades de “Festival en su cuadra”.
- Aumentar la oferta de talleres salud mental
- Incrementar el trabajo en Huerto intergeneracional.
- Potenciar agentes comunitarias para abordaje

#### Mesa Personas Mayores: acciones comprometidas para 2020

- Incluir temas de migración, medioambiente, huerto orgánico y reciclaje, y familia en trabajo con clubes de adultos mayores por territorio.
- Trabajo en cuidado del medio ambiente en territorios
- Convocar a más adultos mayores a proyecto Huerto Intergeneracional
- Actividad física en el adulto mayor (Vinculación en programas comunales, talleres)

#### Mesa Jóvenes: acciones comprometidas para 2020

- Realizar actividades de salud en los establecimientos educacionales, usando estrategia de acompañamiento, conversación, acción para co- construir nuevas formas de trabajo de forma significativa para el joven, educativa, lúdica.
- Incorporar los siguientes temas: amor, los conflictos y su manejo, la felicidad, prácticas culturales juveniles en salud (sexualidad, grupos, tribus, consumos), soledad, amistad y familia, manejo de las emociones, abandono familiar.

Se programó para el 30 de octubre una mesa de trabajo con Intersector y el 16 de Noviembre de 2019 la elaboración del Plan de Participación Social en Salud trianual 2020 a 2022.

#### **CESFAM Dr. Edgardo Enríquez Frödden**

Este CESFAM realizó un diagnóstico participativo en mayo 2019, en el que participaron 64 personas, entre dirigentes de juntas vecinales, agrupaciones de adultos mayores, personas naturales no organizadas, equipo directivo del centro de salud, encargados de unidades Farmacia, Urgencia, SIGGES y OIRS, donde se recogieron los siguientes problemas:

Condiciones de Vida con su componente medioambiental y psicosocial

- Riesgo de caídas por veredas y calles en mal estado lo genera dificultad de movilización y desplazamiento de Adultos Mayores con ayudas técnicas.
- Contaminación ambiental y estética por la presencia de micro basurales, además de falta de espacios de esparcimiento para la familia y vecinos limitando la realización de actividad física al aire libre

Satisfacción usuaria:

- Escasez de horas de morbilidad y de control médico, lo que obliga a asistir al CESFAM temprano para lograr una hora médica: esto conlleva a accidentes en el trayecto como caídas, asaltos y susceptibilidad a enfermarse por las bajas temperaturas.
- Largas esperas para el retiro de medicamentos en farmacia
- Tiempos de espera excesivamente prolongados para derivación al intersector e intrasector.
- Deficiente higiene en sitios comunes, como baños, box de atención y sala de espera.
- Infraestructura: iluminación poco adecuada en lugar y muy frío. La espera se hace poco amena debido a estas condiciones desfavorables
- No se considera al adulto mayor como una persona que requiere un trato preferencial, en el contexto de horas médicas, trato y escaso vínculo con la comunidad.

#### **CESFAM Dr. Amador Neghme:**

Entre los meses de junio y julio 2019, los tres sectores de este CESFAM actualizaron el diagnóstico participativo, a través de un espacio de reflexión y análisis de la situación de las poblaciones a cargo de cada sector, con la participación de usuarios de los sectores rojo, azul y verde, y funcionarios de dichos sectores y equipos técnicos transversales.

Principales resultados obtenidos de la actividad:

- 7 Espacio de confianza donde los participantes expresaron libremente sus opiniones respecto de sus necesidades y problemas de salud.
- 8 Trabajo conjunto de usuarios y funcionarios del sector.
- 9 Generación de alternativas de solución a necesidades y problemas identificados en trabajo grupal.
- 10 Potenciar la relación equipo/usuarios para las actividades venideras.
- 11 Carta compromiso firmada por usuarios de cada sector y funcionarios del sector.

Acuerdos adquiridos por sector:

Verde:

- Disponer del 50% de horas médicas para la atención de morbilidad y 50% horas para atención de patologías crónicas.
- Asegurar horas protegidas para la atención médica diaria de personas mayores.
- Otorgar horas de control crónico con exámenes de sangre ya realizados.
- Realizar en conjunto con la comunidad protocolo de atención de adulto mayor.
- Entregar orientación para postular a proyectos de atención podóloga.

- Mapa y libro con información de la red Comunal en SOME y Sectores.

Azul:

- Corresponsabilidad de parte de los usuarios, responsabilidad de asistir a solicitar su hora de control.
- Talleres de matronas para adultos mayores, en temáticas asociadas a la edad.
- Realizar taller de cuidadores por sector.
- Atención de farmacia por el interior del CESFAM el día sábado en invierno, y no por ventanilla exterior.
- Formar grupo de cuidadores de postrados, grupo de apoyo (redes de apoyo en la comunidad), entrega de listado con catastro de pacientes postrados por sector.
- Aumentar número de atenciones de postrados (controles), priorizar a los pacientes dependientes en la atención de urgencia, aumentar la capacitación a cuidadores.

Rojo:

- Facilitar el acceso a horas de atención: cambio en la modalidad de entrega de números de morbilidad en la mañana con priorización a adultos mayores y niños.
- Incorporación de talleres dirigidos a mujeres adultas y adultas mayores en torno a la temática de Sexualidad.
- Establecer estrategias en conjunto con la comunidad para disminuir los índices de inasistencia.
- Establecer espacios de atención en salud en la comunidad: sedes sociales o casas de vecinos
- Implementar estrategias para la mejora del trato al usuario y viceversa

**Desafío realizar una segunda jornada con la comunidad para evaluación de los avances y temas pendientes sobre los acuerdos alcanzados y proyectar el trabajo 2020, realizando ajustes si es necesario.**

### 5.3 GESTIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION SAPU - SAR - CESFAM

La Red de Urgencia comunal cuenta con dos SAPU y un SAR que se coordinan con los CESFAM donde se insertan, pero también con los otros establecimientos de salud comunales y de la red asistencial local del servicio de salud, realizando derivaciones y contra referencias desde estos dispositivos, de acuerdo con protocolos y flujogramas establecidos.

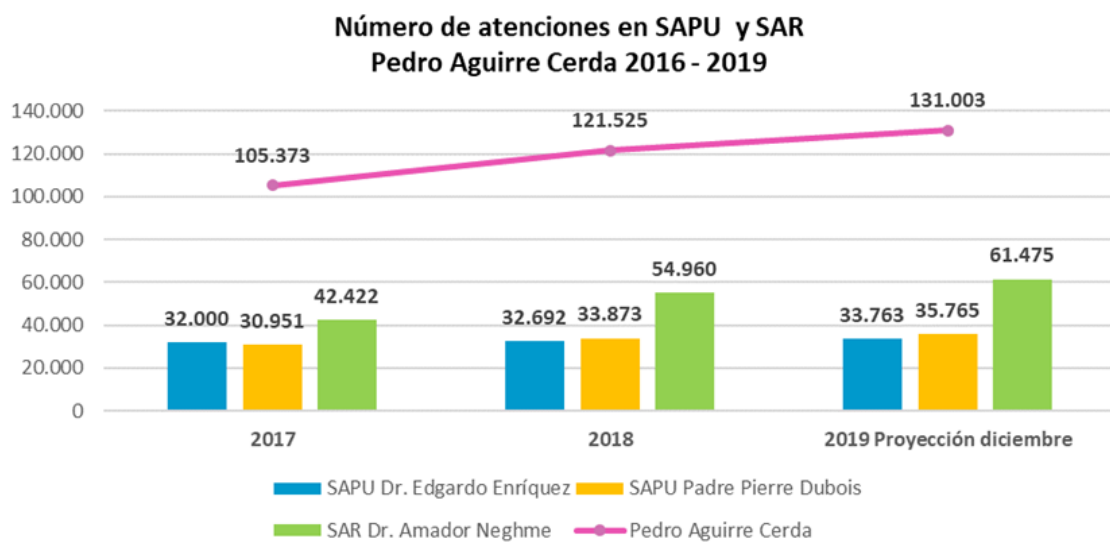
- SAR Dr. Amador Neghme, que debería funcionar de acuerdo a financiamiento ministerial entre las 17:00 y 08:00 horas los días hábiles y las 24 horas los días no hábiles, con el financiamiento y la gestión comunal ha ampliado el horario logrando funcionar las 24 horas los 365 días del año. Desde septiembre, a raíz de los atentados contra funcionarios, se ha decidido reforzar en horarios específicos, a fin de que las personas no tengan que esperar largos tiempos. Este establecimiento ha aumentado la resolutivez de la Red de Urgencia comunal, a través del examen radiológico, kit de exámenes de laboratorio, hospitalización breve para administración de tratamientos



farmacológicos permitiendo mayor resolutivez y continuidad a la atención cuando se requiere trasladando a servicio de urgencia Hospitalaria ya sea Hospital Exequiel González Cortes o Barros Luco según corresponda.

- SAPU Dr. Edgardo Enríquez y SAPU Padre Pierre Dubois, que funcionan desde las 17:00 a las 24:00 horas los días hábiles y de 08:00 a las 24:00 horas, los días no hábiles. Ambos se complementan con la atención de urgencia que realizan sus CESFAM en horario diurno.

Todos los servicios de urgencia comunales aplican sistema de categorización de pacientes, usan ficha electrónica que alimenta el registro electrónico de los CESFAM, y despacho de fármacos a través de botiquín propio en el caso del SAR, y botiquín de los centros de salud en el caso de los SAPU.

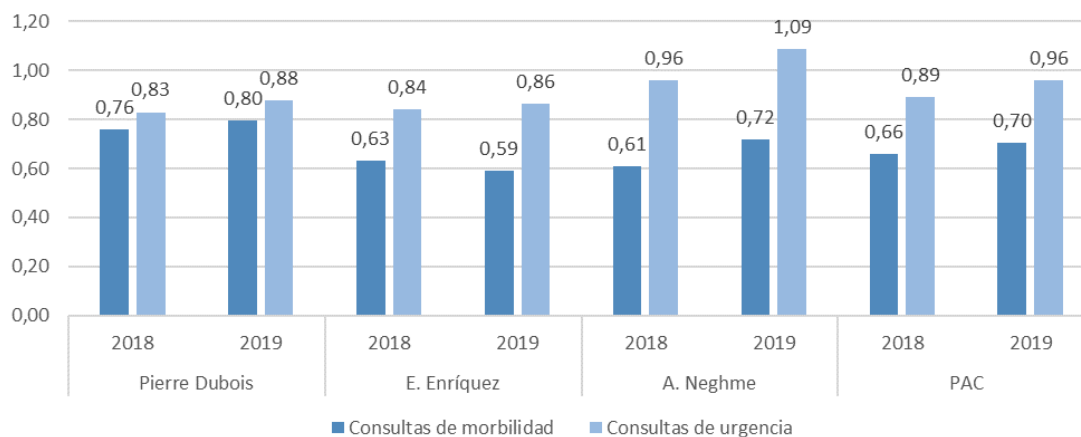


Elaboración propia en base a información MINSAL, DEIS.

En los últimos años se observa una tendencia al aumento de las consultas de urgencia en la comuna, que se explica por el aumento de atenciones en SAR Dr. Amador Neghme, y en menor medida a los dos SAPU, siendo en el SAPU Padre Pierre Dubois levemente mayor que en SAPU Dr. Edgardo Enríquez.

A diciembre de 2019 se proyectan consultas de urgencia, con una tasa de 1,28 consultas por inscrito validado en Pedro Aguirre Cerda.

### Tasas de consulta de morbilidad y urgencia, septiembre 2018 - 2019.



Elaborado por Departamento de Salud, en base a estadísticas comunales

Los servicios de urgencia comunales realizan seguimiento de patologías trazadoras, elegidas para fortalecer la aplicación del modelo de Salud Familiar, por ejemplo, lesiones autoinfligidas, ideación o intento suicida, menores de edad y mujeres víctimas de maltrato, infarto agudo al miocardio, accidentes cerebro vasculares, amputación de pie diabético y usuarios poli consultantes.

Ello implica dar continuidad a la atención de patología aguda, patología crónica descompensada dentro de la red comunal: CESFAM, CCR, COSAM, CEMO. Y trabajar colaborativamente con la red del servicio salud con el objetivo de evitar nuevas hospitalizaciones o recaída del usuario.

**Desafío:** Un tema a abordar durante 2020, es que la tasa de consultas de urgencia es mayor que la de consultas médicas electivas, esta puede deberse a los horarios de urgencia que permiten a las población trabajadora mejor acceso.

## 5.4 CALIDAD DE ATENCIÓN Y SEGURIDAD DEL USUARIO.

Desde el año 2017 existe un Sistema de Gestión de la Calidad en los centros de salud de la comuna, con un programa estructurado, centrado en el usuario, con enfoque de mejora continua, que busca otorgar a los usuarios una atención segura y de calidad, con énfasis en la prevención de eventos adversos y evaluación de los procesos clínicos.

Principales hitos en 2019

### 1. Comités de calidad:

- 80% de cumplimiento global de la Pauta de Cotejo de Atención abierta en CESFAM Edgardo Enríquez, priorizado por SSMS para el proceso de acreditación en la comuna. Comité local contó con apoyo de la jornada del encargado comunal de Calidad, para completar el trabajo documental, aplicar pautas de evaluación, y el desarrollo de la cultura de calidad.

## 2. Autorizaciones sanitarias:

- Se ingresa solicitud de autorización sanitaria de CESFAM Lo Valledor Norte.
- Se ingresa solicitud de autorización de instalación y funcionamiento de equipo radiológico dental de CESFAM Lo Valledor Norte.
- Empresa proveedora se encuentra tramitando solicitud de número de Registro de autoclave de CESFAM Lo Valledor Norte.

## 3. Gestión documental:

- Manual de toma de muestras.
- Notificación de valores críticos de Imagenología, laboratorio clínico y anatomía patológica.
- Procedimientos de farmacia.
- Prevención de eventos adversos en rehabilitación kinésica.
- Preparación del paciente previo a Kinesiterapia respiratoria.
- Mantenimiento preventivo de equipos críticos.
- Programa de inducción y orientación.
- Protocolos para presentación de casos al comité de ética asistencial.
- Protocolo de presentación de estudios de ética científica.
- Programa de mantenimiento de instalaciones.
- Protocolo de contingencia ante corte de suministro de energía eléctrica.

## 4. Seguridad del Paciente

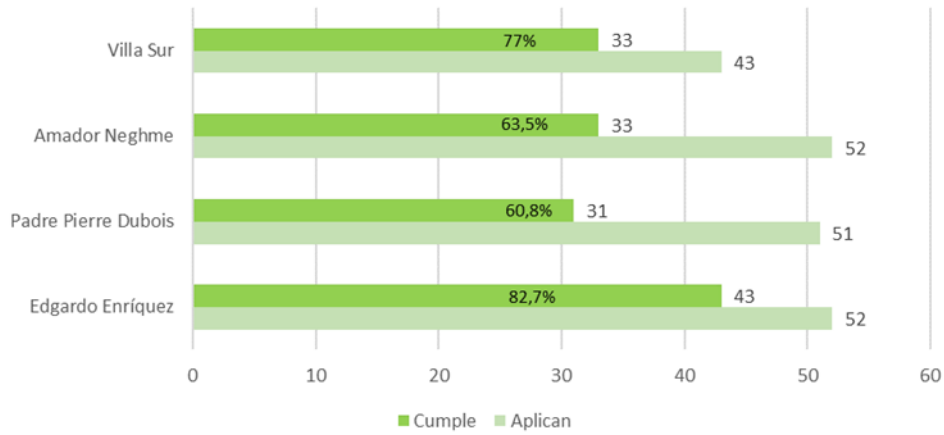
Se mantiene en ejecución Programa de seguimiento y evaluación con enfoque en la oportunidad y técnica de higiene de manos, aplicado en las áreas clínicas de mayor riesgo como toma de muestras, atención dental, procedimientos de enfermería y Cirugía Menor.

## Acreditación

Los centros de salud cuentan con programas anuales de calidad, que contienen estrategias y actividades para cumplir con los requerimientos establecidos en el estándar de acreditación de la Superintendencia de Salud.

El estándar de acreditación establece, que la primera vez que un centro acredita debe cumplir sobre el 50 % de los requerimientos de la pauta de cotejo de atención abierta que le aplica, sin embargo, no es posible acreditar si existen características obligatorias que no se cumplen.

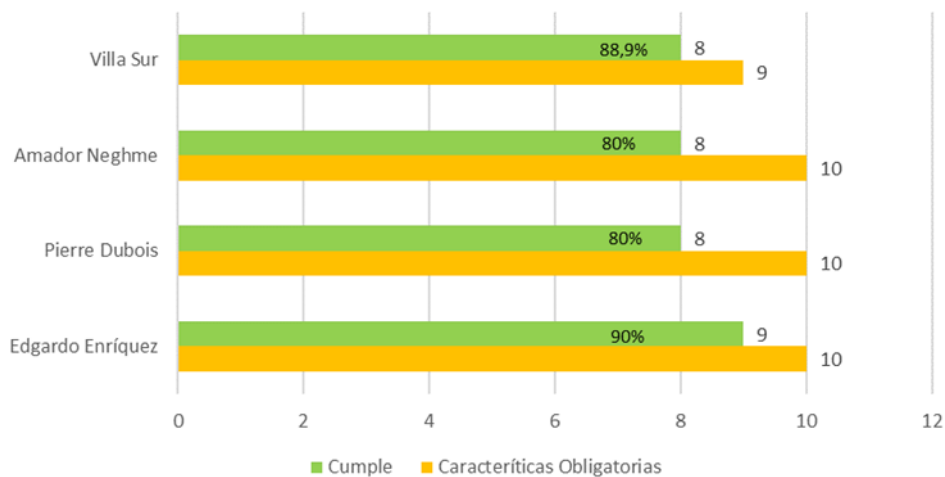
### Cumplimiento global de Pauta de Cotejo Atención Abierta, 2019



Elaboración Equipo Calidad PAC

En el caso de la comuna, todos los centros de la comuna superan el 50% de cumplimiento, pero se incumple una o dos características obligatorias, siendo la DP 4.1 que tiene relación con los convenios asistenciales docente, un pendiente que requiere adecuación y actualización.

### Cumplimiento de Características Obligatorias, 2019



Elaboración Equipo Calidad PAC

#### **Desafíos 2020**

***Si bien la ley 19.966 define el concepto de calidad como estar acreditado ante la Superintendencia de Salud dentro de los plazos legales, , entendemos la calidad como un proceso de mejora continua cuyo propósito es la satisfacción usuaria.***

En tal sentido, las áreas priorizadas 2020 son:

- Avanzar en el desarrollo de una cultura de calidad, en la mejora continua de los procesos clínicos, del acceso al sistema de atención de salud y la satisfacción usuaria.
- Capacitación herramientas gestión y trato usuario, con metodologías innovadoras de educación para adultos.

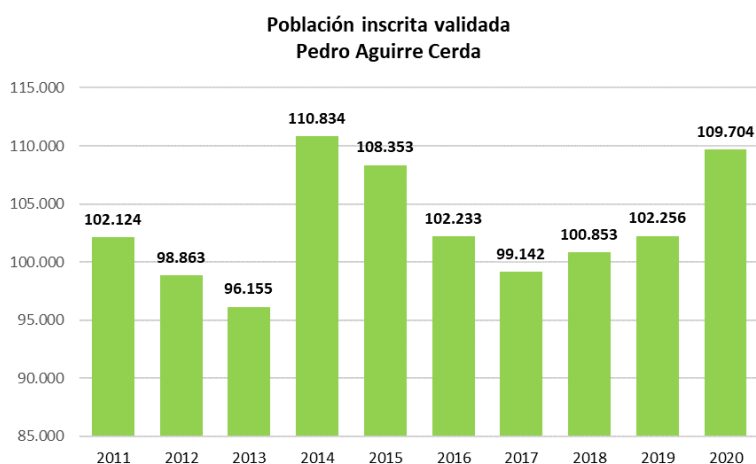
- Desarrollar y aplicar un instrumento de evaluación de la satisfacción usuaria.
- Avanzar en el proceso de acreditación atención abierta, para lo cual se requiere :
  - Actualización de los convenios asistenciales docentes establecidos con las Universidades e Institutos Profesionales.
  - Implementar plan de mantenimiento preventivo de los equipos de los centros de salud, con énfasis en los equipos críticos.
  - Evaluación del nivel de cumplimiento de la pauta de cotejo de atención abierta e indicadores en seguimiento a través del sistema SIS-Q.
  - Presentar dos centros de salud de la comuna al proceso de Acreditación 2020.
- Elaboración y/o actualización de procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica y otros, tendientes al cuidado efectivo, eficiente y satisfactorio de la salud.
- Promover la capacitación y perfeccionamiento de los líderes de la calidad a nivel de los centros de salud a través de diplomados o maestrías en calidad y seguridad de la atención.
- Promover la capacitación y perfeccionamiento de los funcionarios de los centros de salud en temas de calidad y seguridad de la atención, infecciones asociadas a la atención de salud y prevención de eventos adversos.
- Mejorar la articulación y organización de la Red con otros prestadores, especialmente en aquellos aspectos críticos para el proceso de acreditación como Laboratorio clínico, Imagenología y Laboratorio de anatomía patológica.
- Realizar una jornada comunal sobre “buenas prácticas en calidad y seguridad del paciente.

## 5.5 OTROS ASPECTOS RELEVANTES DE LA GESTIÓN.

### POBLACION INSCRITA

El financiamiento del sistema de salud municipal es a través del mecanismo per cápita – traspaso de un monto determinado por una canasta de prestaciones por cada persona inscrita y reconocida como beneficiaria por el seguro FONASA - por lo que resulta crucial tanto la gestión del proceso de inscripción en los centros de salud de la comuna como la validación de los usuarios inscritos por FONASA.

#### Evolución población inscrita Per cápita FONASA 2011-2020

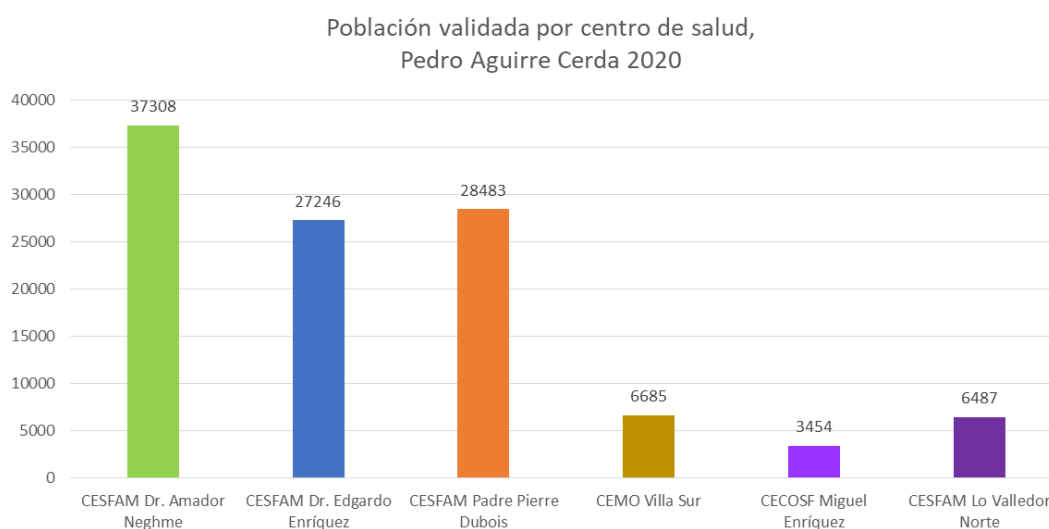


Elaboración propia con datos FONASA.

El resultado de este proceso ha fluctuado en los últimos diez años, pero en general se observa una tendencia al crecimiento. Destaca la Campaña de Inscripción realizada en 2019, que explica el crecimiento en un 7,2% de la población comunal 2020 respecto a la población validada para 2019.

Al mirar el detalle de la población validada para 2020 por centro de salud se observa que se mantienen la situación observada en años anteriores:

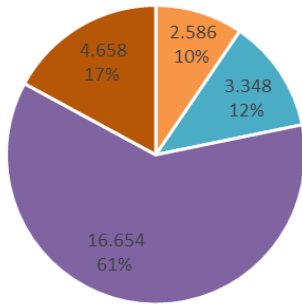
- CESFAM Dr. Amador Neghme, es el CESFAM con más población inscrita – 37.308 personas, 34% de los inscritos comunales -, aunque disminuyó su población en 2.498 personas. Esta disminución puede deberse al efecto de inscritos en Lo Valledor Norte.
- CESFAM Padre Pierre Dubois, con un 26% de los inscritos comunales -28.483 personas-, no experimentó cambios estadísticamente significativos en el número de personas inscritas respecto al 2019.
- CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, con un 25% de las personas inscritas validadas -27.246 personas-, tampoco experimentó cambios estadísticamente significativos en el número de personas inscritas respecto al 2019.
- CESFAM Lo Valledor Norte, empieza su funcionamiento bajo administración municipal con un 6% de la población inscrita validada comunal -6.487 personas-.
- CECOSF Dr. Miguel Enríquez con 3.454 personas, 3% de los inscritos comunales, actualmente bajo dependencia del CESFAM Dr. Amador Neghme y que por cercanía territorial pasará a depender del CESFAM Lo Valledor Norte.
- CEMO Villa Sur, con 6.685 personas alcanza a un 6% de los inscritos comunales, mantuvo su población respecto del año 2019.



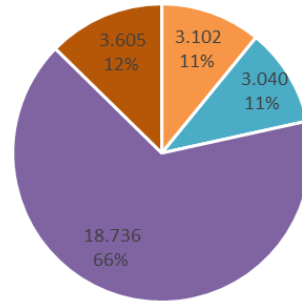
Elaboración propia con datos FONASA.

En cuanto a la composición etaria de las poblaciones inscritas a los centros de salud comunal se puede señalar que son bastante similares, teniendo proporcionalmente más niños, niñas y adolescentes el nuevo CESFAM Lo Valledor Norte, y más población adulta mayor el CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, como se puede observar en los siguientes gráficos:

CESFAM Dr. Edgardo Enríquez

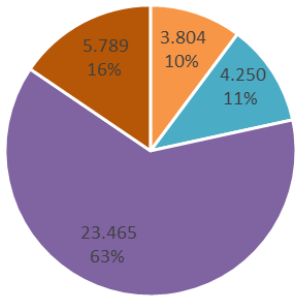


CESFAM Pierre Dubois



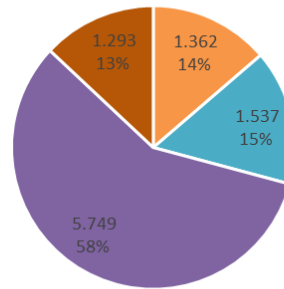
- 0-9 Años
- 10-19 Años
- 20 - 64 años
- 65 y más años

CESFAM Dr. Amador Neghme



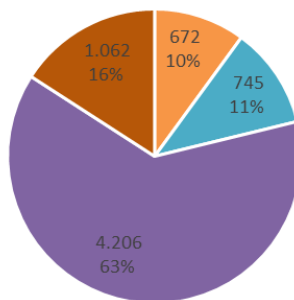
- 0-9 Años
- 10-19 Años
- 20 - 64 años
- 65 y más años

CESFAM Lo Valledor Norte y CECOSF



- 0-9 Años
- 10-19 Años
- 20 - 64 años
- 65 y más años

CEMO Villa Sur



- 0-9 Años
- 10-19 Años
- 20 - 64 años
- 65 y más años

**Desafío**

**Continuar con el proceso de inscripción per cápita, en especial de Lo Valledor Norte, a fin de cerrar la brecha de inscritos actuales que es de un 50%.**

## MORBILIDAD

Entre enero y septiembre de 2019 se han realizado un total de 71.963 consultas electivas de morbilidad en los centros de salud de Pedro Aguirre Cerda, es decir un 7,9% más de lo realizado a igual periodo del año 2018, alcanzando una tasa comunal de 0,7 consultas por usuario inscrito.

Al revisar la situación por centro de salud familiar, se observa que:

- CESFAM Pierre Dubois presenta la tasa de consultas de morbilidad más alta, al igual que el año 2018, llegando a 0,8 consultas por inscrito validado a septiembre de 2019.
- CESFAM Amador Neghme logra una tasa de 0,72 consultas por persona inscrita, más alta que la lograda a igual periodo del año pasado.
- CESFAM Edgardo Enríquez logra a septiembre de 2019 una tasa de 0,59, que es más baja que la lograda a igual periodo en el año 2018.

A través del ciclo vital, en la comuna los grupos que más consultas de morbilidad realizan entre enero y septiembre de 2019 son los niños y niñas con una tasa de 1,26 consultas por persona, seguidos muy de cerca por los adultos mayores con una tasa de 1,24 consultas por adulto mayor.

Este orden se invierte en los CESFAM Amador Neghme y Edgardo Enríquez, donde los adultos mayores son los que efectúan más consultas de morbilidad con tasas de 1,28 y 1,09 respectivamente.

Consultas de morbilidad por ciclo vital	PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ		A.NEGHME	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Niños y niñas 0-9 años	5.033	1,58	2.717	0,97	5.225	1,21
Adolescentes 10-19 años	1.868	0,57	1.243	0,34	2.566	0,53
Adultos 20 a 64 años	12.119	0,60	7.957	0,44	14.199	0,53
Adultos Mayores 65 y más años	5.259	1,34	5.371	1,09	8.406	1,28
Total	24.279	0,80	17.288	0,59	30.396	0,72

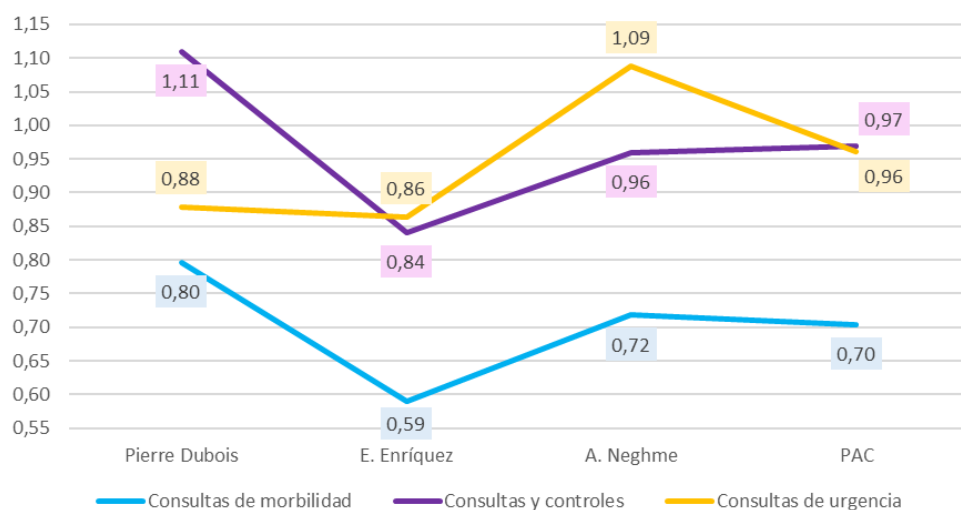
Elaboración propia en base a REM 2019

Desde hace unos años se mide nacionalmente actividad a través del indicador de la tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año, como se muestra en el siguiente gráfico, las tasas de consulta aumentan en cada centro, manteniéndose la misma tendencia observada en cada centro de salud, siendo P Dubois quien presenta la tasa más alta, seguido de Amador Neghme y Edgardo Enríquez.

Si este indicador se compara con la tasa de consultas por urgencia, los resultados son similares, con una leve diferencia en las consultas electivas por sobre las de urgencia. Lo ideal sería conseguir a los menos una tasa de consultas y controles muy superior a la de urgencia.



Tasa de consultas y controles médicos, septiembre 2019



Elaboración Departamento de Salud con datos estadísticos comunal 2019

Por otro lado, el SAR destaca como una alternativa consolidada para la resolución de la necesidad de atención de urgencia en la comuna. La tasa de consulta médica de urgencia en Pedro Aguirre Cerda es de 0,96 consultas de urgencia por inscrito al año, levemente superior a la observada en septiembre del año 2018 (0,94). Demanda que es absorbida en su mayoría por el SAR Amador Neghme, lo cual se debe a su horario de funcionamiento y a su mayor capacidad resolutoria.

### ATENCIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

Los principales problemas de salud en adultos son las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial esencial y dislipidemia, las cuales forman parte del Programa de Salud Cardiovascular PSCV. En el siguiente cuadro se muestra la población bajo control al mes de junio 2019 y las personas que tienen antecedentes de Infarto agudo al miocardio y enfermedad cerebrovascular, principales complicaciones del riesgo cardiovascular. De las 14.259 personas del programa, un 29% presentan bajo riesgo CV, 21% riesgo moderado y **51% riesgo alto**.

Personas Programa salud Cardiovascular PSCV a junio 2019

Programa Salud Cardiovascular PSCV	Amador Neghme	Pierre Dubois	Edgardo Enríquez	CECOSF	Total
Número de Personas en PSCV	4.951	4.642	3.647	1.019	14.259
Antecedentes de infarto agudo al miocardio (IAM)	302	210	188	54	754
Antecedentes de Enf. Cerebro vascular	347	257	203	64	871

Fuente REM junio 2019

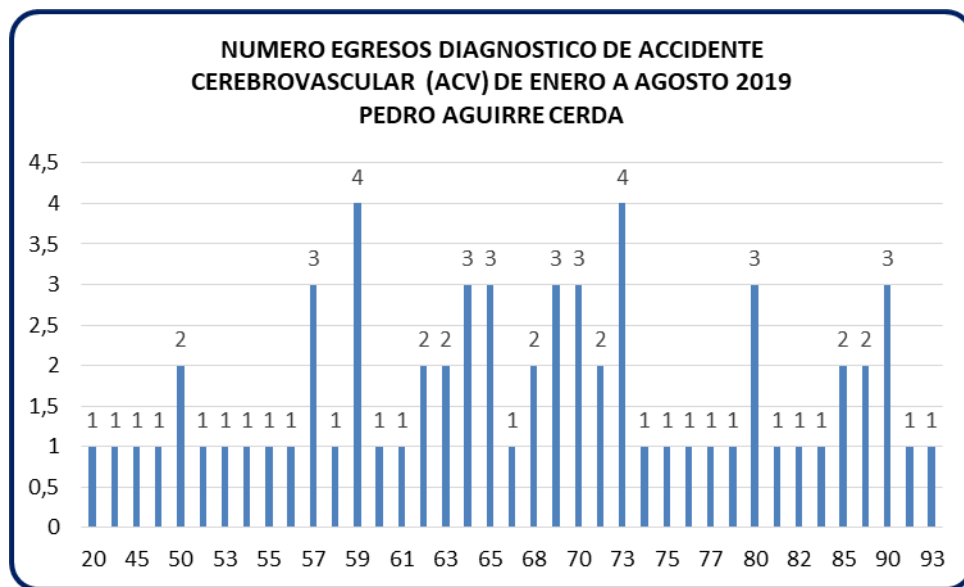
## EGRESOS HOSPITALARIOS SALUD CARDIOVASCULAR

Para conocer las principales causas de morbilidad, lo más certero es a través de encuestas poblacionales, sin embargo podemos lograr una aproximación es a través de los egresos hospitalarios, lo que se presentan a continuación en cuanto a las principales enfermedades consecuencia del riesgo cardiovascular , tales como: Accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo al miocardio (IAM).

### EGRESOS HOSPITALARIOS DE ENERO A AGOSTO DE 2019

El total de egresos hospitalarios 3052, 66 de ellos son por diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV), lo que representa 2,16 % del total de egresos hospitalarios.

El rango de edad es 20 a 93 años:

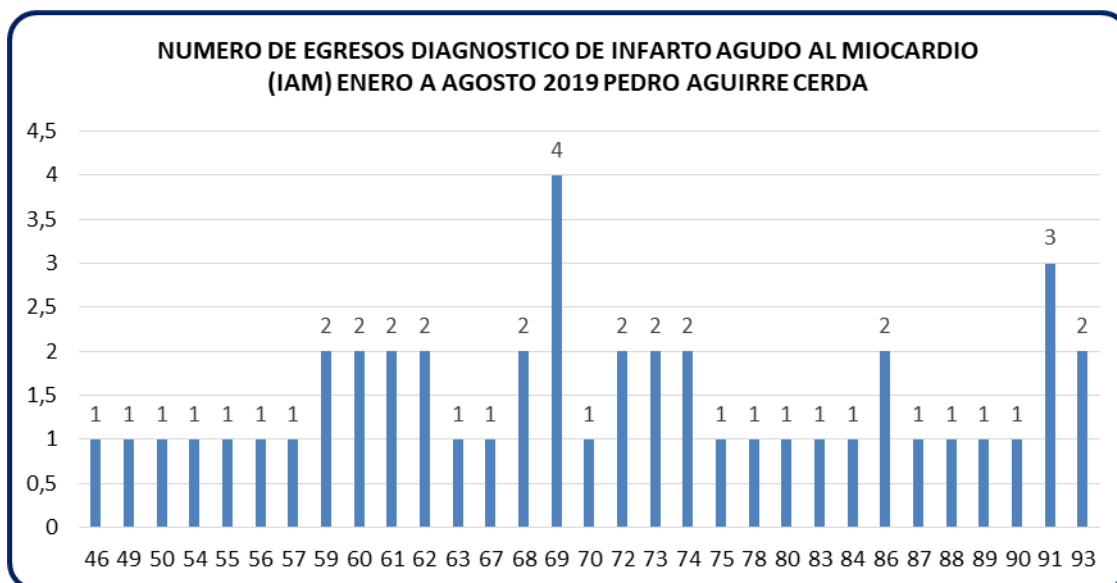


Donde el 42.4% (28 casos) es en adultos y 57.6 % (38 casos) es en adulto mayor.

La distribución por sexo; 59 % (39 casos) son hombres y 41 % (27casos) son Mujeres. Egresan con alta a su domicilio 60 usuarios y 6 fallecen, 5 hombres y 1 mujer.

Egresan fallecidos	
Sexo	Edad
Hombre	90
Hombre	59
Hombre	91
Hombre	60
Hombre	75
Mujer	73

Egresos por Infarto Agudo al Miocardio (IAM), del total de egresos 3052 de enero a agosto 2019 , 46 son IAM lo que representa el 1,5 % del total de egresos.



Donde el 34.8% (16 casos) es en adultos y 65.2 % (30 casos) es en adulto mayor.  
La distribución por sexo; 61 % (28 casos) son hombres y 40 % (18 casos) son Mujeres.

Egresan con alta a su domicilio 44 usuarios y 2 fallecen ambos son hombres.

Egresan fallecidos	
Sexo	Edad
Hombre	55
Hombre	61

***Morbilidad*** Un desafío importante es ajustar las horas médicas a fin de poder cubrir la demanda expresada a través de Sistema de dación de hora denominado Hora fácil, con la meta de poder aumentar la tasa de consultas de morbilidad a lo menos de 0,7 a 1.0 Debido a que no contamos actualmente con boxes médicos, deberemos utilizar reforzamientos de extensión horaria y atención médica a domicilio en los grupos prioritarios, menor de 5 años y personas mayores y/o con discapacidad. Además de evaluar la propuesta de la comisión de salud de organizar otros espacios comunitarios de atención.

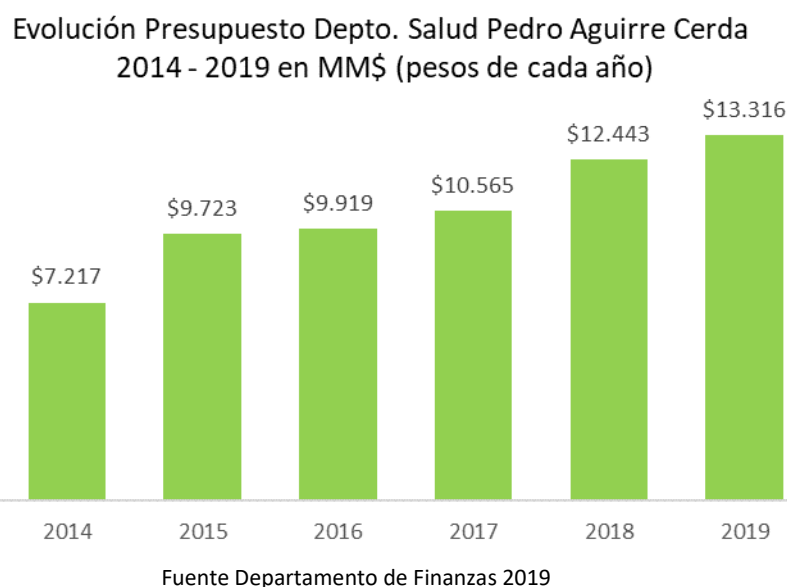
***Atención de crónicos:*** desafío detección precoz e ingreso a tratamiento Programa Salud cardiovascular (PCV), prevención secundaria de complicaciones, mediante compensación de las personas en tratamiento.

***Dar continuidad a la atención de pacientes con Infarto Agudo Miocardio ( IAM) y Accidente Cerebrovascular (ACV).***

## VI PRESUPUESTO

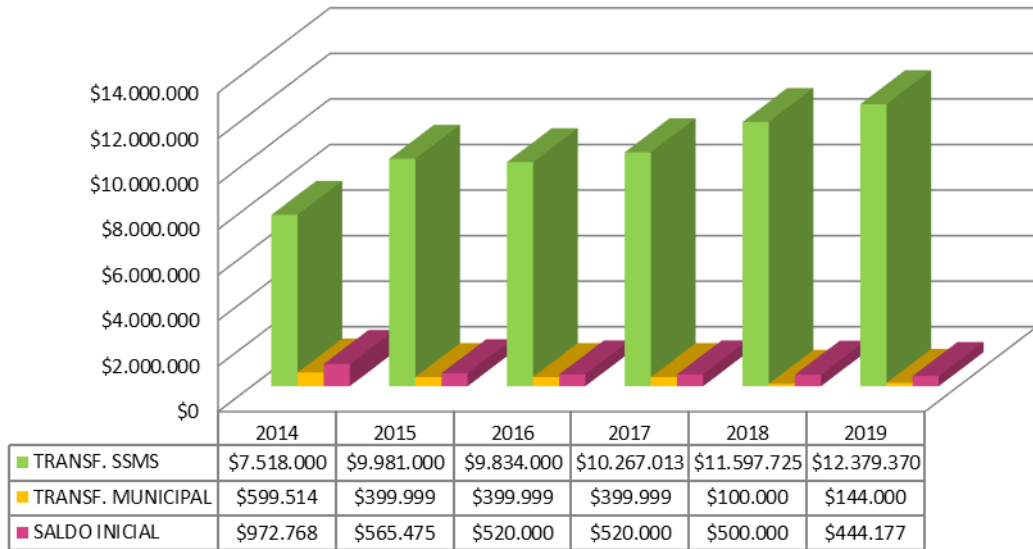
### 6.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA PRESUPUESTO COMUNAL

El presupuesto de salud, ha experimentado un aumento porcentual de 84,5% en el período entre los años 2014 al 2019. En relación con lo observado desde el año 2014, este incremento presupuestario está representado por el aumento de la población inscrita validada en el período, la variación de reajuste de valor per cápita unitaria y a la incorporación de nuevos programas -PRAPS- financiados por el Ministerio de Salud.



Las transferencias realizadas al área de salud, desde el MINSAL a través del Servicio Metropolitano Sur por vía del financiamiento Per cápita y Programas de reforzamiento (PRAPS), como también las transferencias realizadas por concepto de aporte municipal, para el período 2014 a 2019, muestran un aumento significativo de la remesa y programas enviados por el MINSAL, equivalentes a un aumento del 64,7% desde el año 2014 al año 2019.

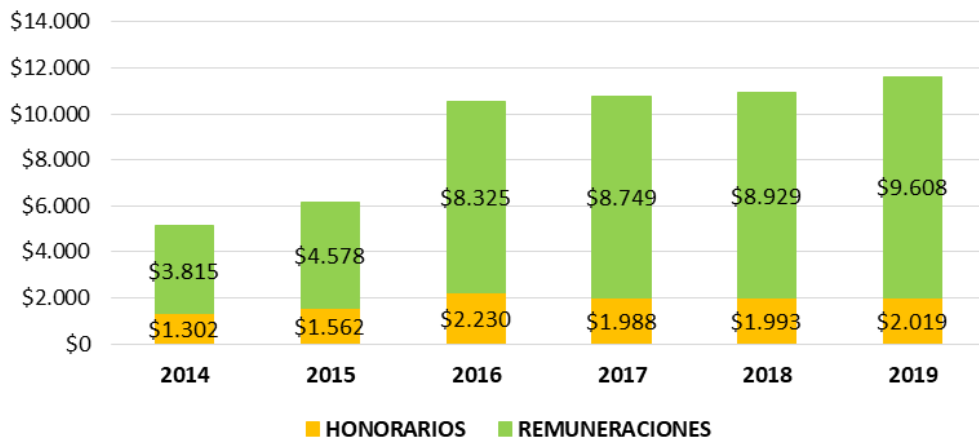
### Distribución de los Ingresos Presupuestarios Depto. de Salud PAC, 2014 -2019 en MM\$



Fuente Departamento de Finanzas 2019

El gasto total en personal, Plazo Fijo, Planta y Honorarios, ha tenido un incremento en el período entre los año 2014 a 2019 de un 127,2%, si consideramos como año de comparación el año 2014, los valores reajustados a pesos del año 2019.

### Gasto en Recursos Humanos de Salud PAC, 2014 - 2019

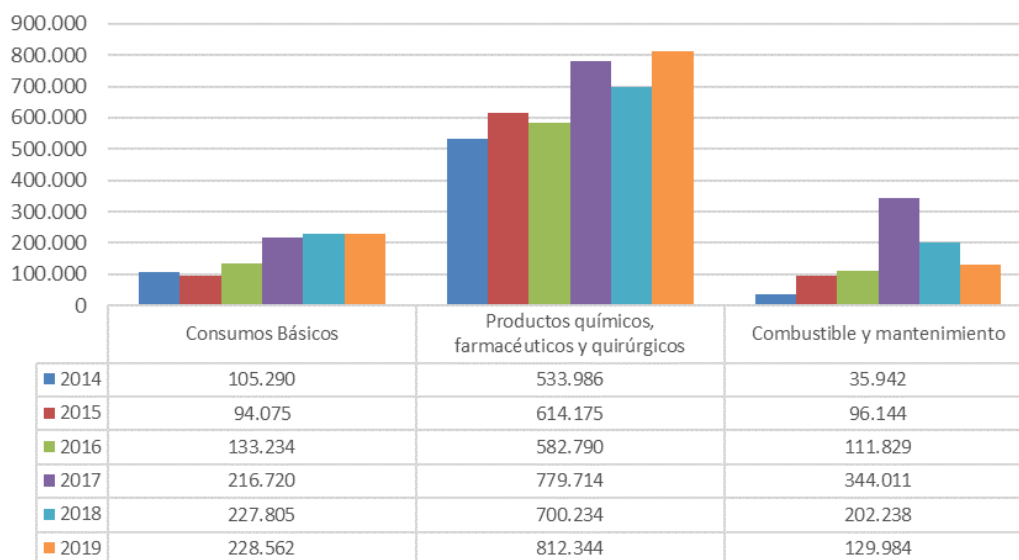


Fuente: En MM\$ Departamento de Finanzas 2019

La proporción del gasto de los Honorarios respecto a remuneraciones de personal de planta y contrata, ha presentado una disminución desde el año 2014, el cual representaba el 25% del gasto en recursos humanos, disminuyendo el año 2019 a un 17%. Lo anterior se ha originado por contrataciones en la modalidad de plazo fijos generando mayor estabilidad a los funcionarios, principalmente en el personal que se desempeña en los programas que

complementan el refuerzo municipal, como la incorporación de nuevos programas que han permitido la contratación de esta modalidad, como lo son Apoyo a la Gestión para Digitadores SIGGES, Programa Vida Sana, Mas Adultos Mayores Autovalentes, Inmigrantes y nuevos programas Odontológicos, entre otros. La política de RRHH es en lo posible, contratar a plazo fijo a las personas a honorarios que tengan una mayor antigüedad , ejemplo 5 años .

Gastos más relevantes en bienes y servicios de consumo,  
Pedro Aguirre Cerda 2014 - 2019 M\$



Fuente Departamento de Finanzas 2019

El concepto de gasto en bienes y servicios de consumo más relevante es en productos farmacéuticos, seguido de los consumos básicos (luz, agua, electricidad, telefonía y gas), el mantenimiento y reparaciones de los vehículos, como también la mantención de los ascensores, los servicios correctivos y preventivo de los equipos dentales de los distintos CESFAM, normalizaciones de instalaciones eléctricas. Además se consideran los gastos asociados a mantención y mejoramiento de infraestructura como por ejemplo, el proyecto de mejoramiento y reparación de instalaciones y baños, reparación de ventanas, puertas de acceso, pinturas entre otros. Otro gasto no menor asociado a este conjunto de cuentas es la adquisición de combustible para vehículos y la calefacción de los CESFAM de la comuna.

Gastos en bienes y servicios de consumo comuna Pedro Aguirre Cerda, serie 2014-2019  
(en M\$).

GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO PERIODO 2014 - 2019 M\$						
ITEMS	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Consumos Básicos	105.290	94.075	133.234	216.720	227.805	228.562
Productos químicos, farmacéuticos y quirúrgicos	533.986	614.175	582.790	779.714	700.234	812.344
Combustible y mantenimiento	35.942	96.144	111.829	344.011	202.238	129.984

Fuente Departamento de Finanzas 2019

De manera especial como muestra en el gráfico y la tabla, los mayor aumento del gasto se ha generado en los bienes y servicios de consumo por concepto de las compras y adquisición de productos químicos y farmacéuticos, lo que se debe entre otros factores, al aumento de la complejidad de nuestras atenciones sanitarias gatilladas por el GES, al aumento de nuestras coberturas de hipertensos y diabéticos, salud mental , que implican un mayor

número de personas en tratamiento y control con medicamentos y exámenes de laboratorio. Además del aumento de tratamientos por la vía de urgencia a nivel de SAPU y SAR, entre otros.

Otro factor que ha incidido en este aumento de este gasto es el incremento significativo precio que han tenido los productos farmacéuticos los últimos años. Por tal motivo, MINSAL creó el programa llamado FOFAR (Fondo de Farmacia), el cual se ha incorporado al presupuesto municipal y tiene como fin fortalecer la gestión farmacéutica, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos, principalmente las patologías de Hipertensión Arterial, Diabetes y Dislipidemia.

## 6.2 INGRESOS PRESUPUESTO ÁREA SALUD 2020.

Para el ejercicio presupuestario 2020 en el área Salud se ha estimado un monto de **M\$15.006.284**, siendo este presupuesto un 11% mayor que el año anterior, el cual se decretó por un monto total de M\$13.316.662. Para poder determinar este monto fueron consideradas en términos generales las transferencias que efectúan desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur, la estimación de recuperación de licencias médicas y el aporte municipal. En ese orden las transferencias por concepto de ingresos Per cápita se ha estimado sobre una población validada por FONASA de 109.704 inscritos, lo que corresponde a 7.448 inscritos más que el periodo anterior, el cual consideraba 102.256 inscritos en su población total y que corresponde fundamentalmente al reconocimiento de la población del territorio del CESFAM Lo Valledor Norte que se incorpora bajo la administración comunal para el año 2020.

Se calcula el valor Per cápita referencial \$6.709 por la cantidad de inscritos a la fecha, además este cálculo se complementa con el aporte per capitado por componente Adultos mayores \$662, el cual considera el número de adultos mayores inscritos en la comuna, siendo estos 2 indicadores el valor a considerar como transferencia Per cápita final, el cual se explica en el siguiente detalle:

### Per cápita comuna Pedro Aguirre Cerda, proyección 2020

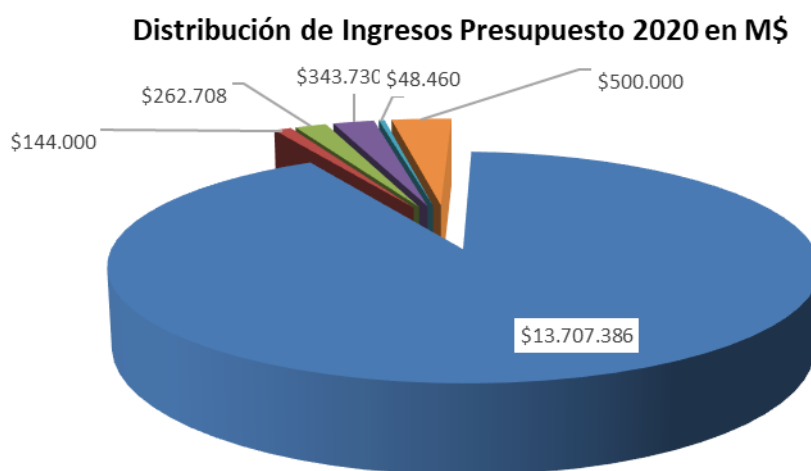
De este ejercicio podemos determinar la proyección del valor Per cápita para el presupuesto 2020, se consideró para su cálculo la siguiente tabla explicativa, estimado para el año 2020 un monto de **\$8.954.395.176.-** siendo este un 7.2% mayor que el Per cápita del presupuesto inicial del periodo anterior, el cual se determinó en un monto de **\$8.313.619.000.-**

Valor per cápita estimado	Población validada	Monto mes \$	Pob. 65 y más	Valor adulto mayor \$	Monto adulto mayor	Valor mensual A+B	Total anual
6.709	109.704	736.004.136	15.401	662	10.195.462	746.199.598	8.954.395.176

Fuente: Departamento de Finanzas 2019

### 6.3 DETALLE ESTIMACION INGRESOS DEL AREA DE SALUD 2020

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de ingresos estimados para 2020 en M\$, destaca que el 91% (M\$ 13.707.386) corresponde a transferencias por concepto de per cápita y Programas Ministeriales, un 2,3% por recuperación de licencias médicas (M\$ 343.730) , un 3,3% por saldo inicial de caja (M\$500.000), el cual debe destinarse anualmente a dar continuidad de la atención en el mes de enero y un 1% correspondiente a aporte municipal (M\$ 144.000), entre otros.



- Transferencias corrientes: Per cápita, PRAPS, Programas no PRAPS, Otros aportes: Transferencias tesorería general
- Aporte de la Municipalidad
- Ingresos de operación: Recaudación SAPU, SAR - Farmacia Popular
- Otros ingresos corrientes: Recuperación de licencias médicas
- Otros ingresos: Alumnos en práctica, devoluciones (descuentos, otros)
- Saldo inicial de caja

**115. TOTAL INGRESOS POR: M\$15.006.284.204.-**

**05.03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS: M\$13.851.386.-**

Incluye transferencia desde el Servicio de Salud por concepto de remesa per cápita, servicio de atención primaria de urgencia y otros aportes incorporados a la gestión de salud.

**05.03.006 DEL SERVICIO DE SALUD: M\$13.707.386.-**

**05.03.006.001 ATENCION PRIMARIA LEY Nº 19.378, ART. Nº 49: M\$13.503.205.-**

Se consideran todos los componente que complementan el Percápita como: conductores, descuento adelanto retiro voluntario, ley Nº 20.157, otros descuentos, asignación de



desempeño colectivo fijo y variable, metas SAPU (SAPU ADD), integración diferencial sueldo base mínimo nacional Ley Nº 19.813 .Además se han incorporado los programas vigentes para el año 2019, debido que son programas de continuidad, los cuales se detallan a continuación:

**Según el listado de los programas se presentan de la siguiente forma:**

INGRESO SAPU M\$ 269.510.- (017)

**SAPU:** El objetivo de este programa es Mejorar la accesibilidad y Resolutividad de la atención médica de emergencia/urgencia, otorgando atención médica inmediata a la demanda de la población, en horario no hábil.

Además Gestionar la demanda de atención de urgencia-emergencia que requiera de consultas y/referencia en otros niveles. Gestionar la demanda de atención de urgencia-emergencia que requiera de consultas y/o referencia en otros niveles.

INGRESO CESCOF M\$ 66.080.- (020)

**CESCOSF:** El objetivo de este programa es acercar la atención de salud a las familias en el entorno de su hogar o trabajo, fortalecer la participación comunitaria y el trabajo en conjunto de los equipos de salud

INGRESO ODONTOLOGICO INTEGRAL M\$ 191.949.- (024)

**Odontológico Integral:** El objetivo de este programa es destinar financiamiento a varios componentes odontológicos tales como endodoncias y prótesis removibles en APS, apoyo a CESCOSF, atenciones odontológicas integrales más sonrisa para Chile

INGRESO RESOLUTIVIDAD M\$ 253.254.- (025)

**Resolutividad UAPO:** Los programas de Resolutividad tienen como objetivo mejorar la calidad y cantidad de los servicios entregados que permita avanzar hacia una atención integral de nuestros usuarios. Se realiza a pacientes No AUGÉ, es decir, personas entre 15 y 64 años de edad, que son atendidos en nuestra Unidad de Atención Primaria Oftalmológica. Además se realizan compras de servicios externos como compra de lentes para aquellos pacientes a quienes el oftalmólogo se los prescriba.

**Resolutividad Médico gestor:** Se disponen los recursos para la contratación de un Médico, para realizar funciones relacionadas a la gestión del programa, por el componente de Resolutividad Médico gestor.

**Resolutividad Gastroenterología:** Se disponen los recursos para la contratación de un Médico Gastroenterólogo para la toma de biopsias, por el componente de Resolutividad Gastroenterología.

**Resolutividad Cirugía menor:** Se disponen los recursos para la contratación de un Médico, para realizar funciones relacionadas a la gestión del programa, por el componente de Resolutividad Cirugía menor

INGRESO TALLER OCUPACIONAL M\$ 186.460.- (028)

**Taller Ocupacional:** el objetivo del programa Taller Ocupacional es de preparar a las personas con discapacidad intelectual para que se integren laboralmente, el medio para conseguirlo es el trabajo en un régimen lo más parecido posible al trabajo en un Centro Especial de Empleo. En programa se entrega capacitación laboral a los usuarios, mediante la adquisición de

conocimientos, hábitos, destrezas y actitudes de carácter socio – laboral que se desarrollarán en los diferentes talleres del Centro Ocupacional.

INGRESO D.I.R. M\$ 23.300.- (029)

**Detección, Intervenciones y Referencia asistida en Alcohol, Tabaco y otras drogas:** El objetivo de este programa es implementar intervenciones breves para reducir el riesgo de consumo de alcohol, en la población de 15 a 44 años inscrita en los CESFAM

INGRESO REHABILITACION INTEGRAL M\$ 118.230.- (031)

**Rehabilitación Integral:** El objetivo de este Programa es entrega prestaciones de rehabilitación física de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad permanente o transitoria, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.

INGRESO CHILE CRECE CONTIGO M\$ 64.500.- (032)

**Chile Crece Contigo:** El objetivo de este programa es principalmente es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la **trayectoria de desarrollo** de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre-kinder (alrededor de los 4 o 5 años de edad).

INGRESO VIDA SANA INTERVENCIONES EN FACTORES DE RIESGO M\$ 122.524.- (034)

**Vida Sana intervenciones en factores de riesgo:** El programa se orienta a las personas de toda edad y estratos sociales, con hábitos que los llevan a desarrollar factores de riesgo - como sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaco, entre otros, Para ello el programa considera atenciones individuales, según los criterios de inclusión y exclusión, el principales énfasis que propone la estrategia son: seguimiento alimentario, nutricional y educación para generar hábitos en alimentación y estilos de vida saludable, con práctica permanente en actividad física

INGRESO APOYO A LA GESTION PRIMARIA OFTALMOLOGICA M\$ 125.000.- (037)

**Apoyo a la gestión primaria oftalmológica:** el objetivo de este programa es de potenciar el aumento de resolución de problemas oftalmológicos, con equipamiento básico y recursos humanos, además de la entrega de lentes, este programa contara con una atención oftalmológica por año y la entrega de hasta 2 lentes por usuario.

INGRESO PILOTO DE CONTROL DEL NIÑO Y NIÑA SANO M\$ 28.112.- (038)

**Piloto de Control Niño y Niña sano:** en establecimientos educacionales para la población escolar de 5 a 9 años: el objetivo de este programa es otorgar una atención integral y resolutive a la población de 5 a 9 años a través de controles de salud realizados en establecimientos educacionales

INGRESO CAPACITACION Y FORMACION DE ATENCION PRIMARIA M\$ 12.354.- (048)

**Capacitación y formación de atención primaria:** este programa tiene como objetivo implementar la estrategia de capacitación universal, queriendo decir que le corresponderá a todas las categorías y niveles de los funcionarios de salud, con el fin de contribuir a la realización de cursos en concordancia con el plan comunal de capacitación

INGRESO ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES M\$ 27.874.- (049)

**Espacio amigable para Adolescentes:** los objetivos de este programa es desarrollar estrategias promocionales o educación en salud orientada a fortalecer estilos de vida saludable en los adolescentes

INGRESO IMAGENES DIAGNOSTICAS ECOTOGRAFIA ABDOMINAL M\$ 28.280.- (051)

**Imágenes Diagnosticas Ecotomografía Abdominal:** el objetivo de este programa es otorgar una continuidad en la red de atención detectando en forma precoz y oportuna las patologías biliares y el cáncer de vesícula.

INGRESO INMUNIZACION DE INFLUENZA Y NEUMOCOCO M\$ 770.- (058)

**Inmunización de influenza y neumococo:** el objetivo de este programa es la entrega de servicio de apoyo clínico (vacunatorio) unidades administrativas (archivo asignación de horas, aseo)

INGRESO INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES IRA EN SAPU M\$ 4.550.- (062)

**Infecciones respiratorias infantiles IRA en SAPU:** el objetivo de este programa es financiar el reforzamiento y complementación de SAPU por el aumento de demanda en la atención durante el plan de invierno.

INGRESO A.G.L. REFUERZO CAMPAÑA DE INVIERNO M\$ 22.680.- (063)

**A.G.L. Refuerzo campaña de invierno:** el objetivo de este programa es contribuir a fortalecer las condiciones de gestión y administración de la atención primaria, orientadas a la mejora de calidad, oportunidad y continuidad de esta y a la satisfacción de los usuarios.

INGRESO FONDO DE FARMACIA MEDICAMENTOS M\$ 203.665.- (064)

**Fondo de Farmacia:** El objetivo de este Programa es entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de hipertensión y diabetes además de la compra de Insumos como apósitos curativos para el manejo avanzado de heridas de Pie Diabético y por último, consta con la incorporación de personal técnico asociado a la gestión farmacéutica.

INGRESOS DEL PROG. ASIG. POR COMP. PROFESIONALES M\$ 310.923.- (068)

**Asignación por competencias profesionales:** El objetivo de este Programa es incentivar y complementar la remuneración de los médicos que posean la especialidad de medicina familiar y que se desempeñen en los servicios de atención primaria de salud

INGRESO CAMPAÑA DE INVIERNO DIFAI M\$ 10.815.- (075)

**Campaña de invierno:** el objetivo de este programa es abordar soluciones óptimas para el flujo de pacientes que se presentan en el periodo invernal con motivo del aumento de enfermedades respiratorias.

INGRESO MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES M\$ 111.203.- (075)

**Más Adultos Mayores Autovalentes:** el objetivo de este programa es desarrollar diversas actividades físicas, de estimulación cognitiva, fomentar el autocuidado y estilos de vida saludable para los adultos mayores con auto valencia que están inscrito en nuestros centros de salud.

INGRESO MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA AT. ODONTOLOGICA M\$ 204.982.- (076)

**Mejoramiento del Acceso a la atención Odontológica:** el objetivo de este programa es mejorar el acceso de la atención de las patologías odontológicas a la población que cursa cuarto año de enseñanza media y adultos mayores de 20 años

INGRESO SEMBRANDO SONRISAS M\$ 18.957.- (077)

**Sembrando Sonrisas:** el objetivo de este programa es de entregar la canasta de prestaciones considerada para alta del paciente, las cuales serán el examen de salud bucal y 2 aplicaciones de flúor barniz, esto será aplicado según el criterio del profesional tratante

INGRESO GES ODONTOLOGICO M\$ 112.895.- (078)

**GES Odontológico:** El objetivo de este Programa es destinar la totalidad de sus recursos para financiar los siguientes componentes: atenciones dentales a niños, atenciones dentales a embarazadas y atenciones dentales a adultos de 60 años.

INGRESO A.G.L. DIGITADORES SIGGES M\$ 17.050.- (081)

**Apoyo a la Gestión Local en Atención Primaria Digitadores SIGGES:** el objetivo de este programa es mejorar la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, mejorando las condiciones de gestión para mantener al día las prestaciones GES en el sistema SIGGES.

INGRESO ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS INMIGRANTES M\$ 21.487.- (087)

**Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes:** los objetivos de este programa es crear estrategias para superar el acceso a la atención, promoción y prevención de la población inmigrante, dándole a conocer sus derechos y deberes en salud.

INGRESO TECNICO ADMINISTRATIVO NIVEL SUPERIOR CATEGORIA C M\$ 25.639.- (090)

**Técnicos administración de nivel superior categoría C:** el objetivo de este componente es poder financiar el mayor gasto que produce el cambio de categoría de los funcionarios administrativos a técnicos de nivel superior.

INGRESO ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAS CON ALTO RIESGO PSICOSOCIAL M\$ 49.506.- (092)

**Acompañamiento familias con alto riesgo psicosocial:** el objetivo de este programa es mejorar el nivel de salud mental de niños y niñas, adolescentes y jóvenes de familias con alto riesgo psicosocial, asegurando el acceso, oportunidad y calidad de la atención de salud mental y contribuir a elevar el nivel de atención con seguimiento y monitoreo.

INGRESO PROMOCION DE SALUD M\$ 16.846.- (097)

**Promoción de Salud:** el objetivo de este programa es fortalecer el rol del Municipio, como actor estratégico para mejorar los resultados en salud y calidad de vida de la población en conjunto con la comunidad e intersector.

INGRESO SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD M\$ 712.240.- (104)

**Servicio de alta Resolutividad:** el objetivo general de este programa es entregar atención médica de urgencia, oportuna, resolutiva y de calidad, con el fin de evitar que la población concurra al servicio de urgencia hospitalaria

05.03.101 DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTION: M\$ 144.000.-

Aporte correspondiente al área municipal que se traspasa mensualmente al área de salud

07. INGRESOS DE OPERACIÓN: M\$ 262.708.-

Corresponde a lo proyectado por concepto de venta de servicios, que son recaudados en los Centros de Salud (SAPU – SAR) por atención en los servicios de urgencia a beneficiarios del sistema de salud privado.

El otro componente corresponde a la recaudación por ventas de medicamentos en la farmacia popular

08. OTROS INGRESOS CORRIENTES: M\$ 317.000.-

08.02. RECUPERACIÓN Y REEMBOLSO POR LICENCIAS MÉDICAS: M\$ 317.000.-

Corresponde a lo proyectado por concepto de reembolsos de licencias médicas, emitidas por los funcionarios de salud

08.99 OTROS: M\$ 26.730.-

Esta cuenta es constituida por 2 componentes: la devolución y reintegros correspondientes a descuentos por atrasos, sumarios, asignaciones de responsabilidades, licencias rechazadas y saldos de fondos a rendir

El otro componente de esta cuenta considera los recursos provenientes de los convenios celebrados con las universidades e institutos profesionales por concepto de prácticas que realizan los alumnos en los campos clínicos de los CESFAM.

15. SALDO INICIAL DE CAJA: M\$ 500.000.-

Corresponde a las disponibilidades de la cuenta corriente global de salud estimada para el próximo año

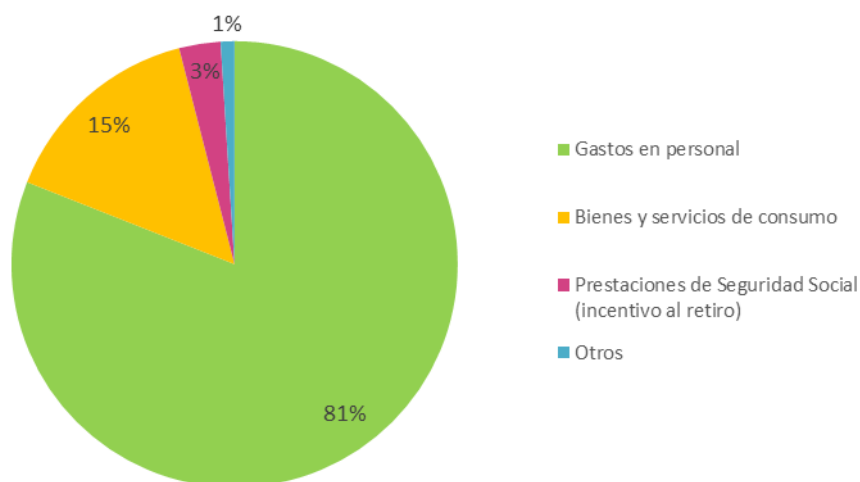
<b>AREA SALUD : INGRESOS PRESUPUESTO 2020</b>							
	SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	PROPUESTA DE INGRESOS - 2020 M\$
115						INGRESOS	\$ 15.006.284
	05					TRANSFERENCIAS CORRIENTES	\$ 13.851.386
		03				DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	\$ 13.851.386
			006			DEL SERVICIO DE SALUD	\$ 13.707.386
			101			DE LA MUNICIPALIDAD	\$ 144.000
	07					INGRESOS DE OPERACIÓN	\$ 262.709
		02				VENTA DE SERVICIOS	\$ 262.709
			001			RECAUDACION CENTROS DE SALUD	\$ 2.709
	08					OTROS INGRESOS CORRIENTES	\$ 343.730
		01				RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	\$ 317.000
			002			RECUPERACIONES ART. 12 LEY Nº 18.196 Y LEY Nº 19.117, ART. ÚNICO	\$ 317.000
		99				OTROS	\$ 26.730
			001			DEVOLUC. Y REINTEGROS NO PROVENIENTES DE IMPUESTOS	\$ 5.000
			999			OTROS	\$ 21.730
	15					SALDO INICIAL DE CAJA	\$ 500.000
						<b>TOTAL INGRESOS</b>	\$ 15.006.284

Fuente Departamento de Finanzas

## 6.4 DETALLE GASTOS SALUD 2020

El resumen de los gastos proyectados para 2020 es el siguiente, en este gráfico se destaca que el 81 % corresponde a gastos en RRHH (M\$ 12.203.363), seguido de un 15% en Bienes y servicios (M\$ 2.237.645), mientras que un 4% restante corresponde a incentivo al retiro y otros gastos menores.

### Distribución porcentual de Gastos Presupuesto 2020 en M\$



El detalle por ítem es el siguiente:

115. TOTAL GASTOS POR: M\$15.006.284.204.-

21. GASTOS EN PERSONAL: M\$ 12.203.363.-

Para la distribución del gasto se han estimado las remuneraciones considerando la actual dotación de salud (contratos indefinidos y plazo fijo). Se estima un reajuste del 2.5% en el gasto en personal.

21.01 PERSONAL DE PLANTA: M\$ 6.323.894.-

21.02 PERSONAL A CONTRATA: M\$ 3.448.786.-

21.03 OTRAS REMUNERACIONES: M\$ 6.723.-

21.04 OTROS GASTOS EN PERSONAL: M\$2.353.961.-

22. BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO: M\$ 2.212.645.-

Los bienes y servicios de consumo se proyectan con relación al gasto real al mes de Julio, esencialmente los gastos de operación mínimos para el funcionamiento del área, consumos básicos, productos farmacéuticos y contratos de mantención vigentes.

22.1 ALIMENTOS Y BEBIDAS: M\$ 2.747

En este ítem se incluyen recursos para la adquisición de alimentos en la cuenta Para personas M\$3.686.-;

Esta cuenta está destinada a la compra de alimentos, los cuales son utilizado en actividades de capacitación y promoción, su financiamiento para cubrir los gastos generados se complementa por 2 componentes: Con recursos propios, además de aportes adicionales del programa Taller Ocupacional.

#### 22.3 COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES: M\$ 23.940.-

En esta cuenta se incluyen combustible para vehículos M\$20.910.-; y para calefacción M\$ 3.030.-

El combustible para vehículos es destinado para la carga anual de los 18 automóviles que cuenta el área de salud, el combustible para calefacción es destinado para las calderas existentes en los CESFAM de la comuna.

22.4 MATERIALES DE USO O CONSUMO: M\$. 1.518.711.- En esta cuenta se incluyen recursos para financiar: materiales de oficina, M\$10.147.-; Productos Químicos, M\$20.916.-; Productos Farmacéuticos M\$ 1.055.735.-; Materiales y Útiles Quirúrgicos, M\$234.312.-; Materiales y Útiles de Aseo, M\$ 61.404.-, Repuestos y Accesorios Computacionales, M\$3.369.-, Mat. para mant. y reparación de inmuebles M\$ 4.708.-; Repuestos y Accesorios para Mantenimiento y Reparación de Vehículos, M\$2.194.-; Otros Materiales, Repuestos y Útiles Diversos para Mantenimiento y Reparación, M\$1.364.- ; Equipos Menores, M\$4.892.- y Otros M\$120.012.-

Esta cuenta está destinada a la compra de medicamentos, los cuales son destinados a bodega de farmacia y los CESFAM de la comuna, su financiamiento para cubrir los gastos generados se complementa por 4 componentes: con recursos propios, además de aportes adicionales como los programas Fondo de Farmacia, UAPO Resolutividad (productos oftalmológicos),

Esta cuenta está destinada a la compra de materiales y útiles quirúrgicos, los cuales son destinados a bodega de farmacia y los CESFAM de la comuna, su financiamiento para cubrir los gastos generados se complementa por 8 componentes: con recursos propios, además de aportes adicionales como los programas Fondo de Farmacia, Odontológico Integral e Integral Villa Sur, Mejoramiento Acceso odontológico, GES Odontológico, Odontológico Hombres escasos recursos y Vacunación influenza

En la cuenta correspondiente a Otros por M\$120.012- Se refiere a las compras de materiales y útiles diversos no clasificados en otros ítems anteriores, su financiamiento para cubrir los gastos generados se complementa por 9 componentes: con recursos propios, además de aportes adicionales como UAPO Resolutividad y A.G.L. Oftalmológico (Compra de lentes), Rehabilitación Integral, Vida Sana Factores de Riesgo, Control de Salud del Niño Sano, Mas Adultos Mayores Autovalentes, Acceso de la At. Salud a Personas Inmigrantes.

#### 22.5 SERVICIOS BASICOS: M\$ 220.167.-

En esta cuenta se incluyen los gastos destinados al pago de: Servicio de Electricidad: M\$ 68.205.-; Servicio de Agua: M\$ 20.897.-; Gas M\$ 22.087.-; Telefonía fija: M\$105.511.- y Acceso a Internet M\$ 3.468.-

#### 22.6 MANTENIMIENTO Y REPARACIONES M\$ 91.187.-

Incluye recursos para Mantenimiento y Reparación de Vehículos M\$7.688.-; Mantenimiento y Reparaciones de Otras Maquinarias y Equipos (Equipos Médicos, ascensores, Calderas, Aire Acondicionado, Grupo Electrónico,) M\$83.386.-; Mant. y reparación de equipos informáticos M\$ 113.-

22.7 PUBLICIDAD Y DIFUSION: M\$ 12.781.-

Incluye Servicios de Publicidad, M\$ 2.719.- y Servicios de Impresión, M\$10.062.-

22.8 SERVICIOS GENERALES: M\$ 46.509.-

Servicio de Aseo M\$ 8.981.-; Pasajes y Fletes M\$1.196.-; Salas Cunas y/o Jardines Infantiles M\$ 20.104.- y Otros Servicios de Fotocopiado, M\$ 16.228.-

22.09 ARRIENDOS: M\$ 36.537.-

Arriendo de vehículos M\$ 4.437.-; Otros arriendos M\$ 32.100.- (Arriendo bodega de Farmacia) (Salones y Centros de eventos)

22.10 SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS:M\$ 300.-

En esta cuenta incluye Primas y Gastos de Seguros, M\$ 300.-

22.11 SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES: M\$ 21.642.-

En esta cuenta incluye Cursos de Capacitación, M\$13.354.- Servicios Informáticos, M\$ 25.000.- y Otros Servicios técnicos y Profesionales M\$ 8.288.-

22.12 OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO: M\$238.125.-

Incluye Gastos Menores, M\$ 7.300.- y Servicio de Laboratorio M\$230.625.-

23.01 PRESTACIONES PREVISIONALES: M\$371.000.-

Incluye desahucios e indemnizaciones, M\$ 192.000.- indemnización carga fiscal M\$179.000.-

26. CXP OTROS GASTOS CORRIENTES M\$5.000.-

En esta cuenta se incluyen los pagos a los distintos Servicios de Salud por concepto de devoluciones la cual se estima con gasto aproximado de \$ 5.000.-

29. ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS: M\$ 19.276.-

29.4 MOBILIARIO Y OTROS: M\$ 8.588.-

En esta cuenta se incluyen las compras de los mobiliarios correspondientes al presupuesto y de los programas.

29.5 MAQUINAS Y EQUIPOS: M\$ 9.254.-

En esta cuenta se incluyen las compras de Máquinas y equipos de oficina para el presupuesto y programas.

29.6 EQUIPOS INFORMATICOS: M\$ 1.434.-

En esta cuenta se incluyen las compras de Equipos Computacionales y Periféricos para el presupuesto y programas.

34. SERVICIO DE LA DEUDA: M\$ 50.000.-

34.07 DEUDA FLOTANTE: M\$ 50.000.-



En esta cuenta se incluyen todos los gastos devengados (deuda) que se comprometió dentro del ejercicio 2018, consumos básicos, intermediación farmacéutica, turnos SAPU, horas extras.

35. SALDO FINAL CAJA: M\$ 120.000.-

El saldo Final de Caja lo define como la estimación al 31 de diciembre del ejercicio presupuestario. En términos prácticos, se refiere a aquellos recursos que se esperan recibir y que no se les ha dado un destino específico, permitiendo el equilibrio del presupuesto.

**Presupuesto 2020 salud: Gastos.**

AREA SALUD : GASTOS PRESUPUESTO 2020						
SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	PRESUPUESTO 2020 EN M\$
21					GASTOS EN PERSONAL	\$ 12.203.363
	01				PERSONAL DE PLANTA	\$ 6.323.894
	02				PERSONAL A CONTRATA	\$ 3.448.786
	03				OTRAS REMUNERACIONES	\$ 76.723
	04				OTROS GASTOS EN PERSONAL	\$ 2.353.961
22					BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	\$ 2.237.645
	01				ALIMENTOS Y BEBIDAS	\$ 2.747
	03				COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	\$ 23.940
	04				MATERIALES DE USO O CONSUMO	\$ 1.518.711
	05				SERVICIOS BASICOS	\$ 220.167
	06				MANTENIMIENTO Y REPARACIONES	\$ 91.187
	07				PUBLICIDAD Y DIFUSION	\$ 12.781
	08				SERVICIOS GENERALES	\$ 46.509
	09				ARRIENDOS	\$ 36.537
	10				SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS	\$ 300
	11				SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES	\$ 46.642
	12				OTROS GASTOS EN BS. Y SERV. DE CONSUMO	\$ 238.125
23					PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	\$ 371.000
	01				PRESTACIONES PREVISIONALES	\$ 192.000
	03				PRESTACIONES SOCIALES DEL EMPLEADOR	\$ 179.000
26					CXP OTROS GASTOS CORRIENTES	\$ 5.000
	01				DEVOLUCIONES	\$ 5.000
29					ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	\$ 19.276
	04				MOBILIARIOS Y OTROS	\$ 8.588
	05				MAQUINAS Y EQUIPOS	\$ 9.254
	06				EQUIPOS INFORMATICOS	\$ 1.434
34					SERVICIO DE LA DEUDA	\$ 50.000
35					SALDO FINAL DE CAJA	\$ 120.000
<b>TOTAL GASTOS</b>						<b>\$ 15.006.284</b>

Fuente: Departamento de Finanzas

## 6.5 DETALLE INGRESOS PROGRAMAS AÑO 2019 (PRAPS)

### Detalle programas y monto resolución

N°	PROGRAMA	COMPONENTE - PROGRAMA	N° RESOLUCION	FECHA RESOLUCION	MONTO RESOLUCION
1	Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes		723	04/04/2019	\$ 21,487,000
2	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (CHILE CRECE)		640	29/03/2019	\$ 64,500,057
3	CECOSF		666	02/04/2019	\$ 66,080,000
4	Espacios Amigables para Adolescentes		929	02/05/2019	\$ 27,873,513
5	Fondo de Farmacia	RRHH	614	29/03/2019	\$ 38,773,883
		Medicamentos			\$ 164,890,880
6	Ges Odontológico		775	09/04/2019	\$ 112,895,330
7	Imágenes Diagnosticas		298	21/02/2019	\$ 28,280,000
8	Detección, Intervención y Referencia asistida en Alcohol, tabaco y Otras Drogas		642	29/03/2019	\$ 23,300,000
9	Mas Adultos Mayores Autovalentes		741	04/04/2019	\$ 111,202,972
10	Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica		692	03/04/2019	\$ 204,981,964
11	Odontologico Integral		738	04/04/2019	\$ 191,949,010
12	Piloto Salud Escolar (Niño y Niña Sano)		912	29/04/2019	\$ 28,112,000
13	Rehabilitación Integral		544	26/03/2019	\$ 118,229,493
14	Resolutividad	Gastroenterologia	27	27/05/2019	\$ 9,978,700
		Cirugia Menor			\$ 24,335,360
		Medico Gestor			\$ 1,266,900
		Oftalmologia en UAPO			\$ 217,672,851
15	SAPU		726 - 633	04/04/2019 - 29/03/2019	\$ 269,509,926
16	Sembrando Sonrisas		930	02/05/2019	\$ 18,956,377
17	Elige Vida Sana		522	25/03/2019	\$ 122,523,873
18	Digitadores SIGGES		937	03/05/2019	\$ 17,050,000
19	Acompañamiento Familias con alto riesgo psicosocial		601	27/03/2019	\$ 49,505,783
20	Capacitación y Formación de Atención Primaria		1124	28/05/2019	\$ 12,354,118
21	Refuerzo Ira en Sapu		683	03/04/2019	\$ 4,550,000
22	Campaña de Invierno		465	15/03/2019	\$ 10,815,000
23	SAR		2	26/02/2019	\$ 712,239,984
24	A.G.L. Refuerzo campaña de invierno		1211	12/06/2019	\$ 22,680,000
25	Apoyo vacunación Influenza y Neumococo		1253	19/06/2019	\$ 770,000
26	Promoción de Salud				\$ 16,845,340
					<b>\$ 2,713,610,314</b>

Fuente Departamento de Finanzas

## 6.6 GESTIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

### LOGROS INVERSIÓN 2019

En el ámbito de la gestión de proyectos en salud, este año 2019 se han obtenido logros en cuanto a proyectos de inversión. Es así que se han implementado los siguientes proyectos:

- **Habilitación de Sala Múltiple en la terraza del CESFAM Padre Pierre Dubois y mejoramiento de baños públicos:** El objetivo de este proyecto es habilitar la terraza ubicada en el 2º piso del CESFAM, la cual funcionará como Sala de Gestión Clínica e Investigación. En estos momentos el proyecto se encuentra en la fase de licitación pública, coordinado por SECPLA. Este proyecto tiene un presupuesto asignado de \$ 15.000.000.-
- **Mejoramiento baños públicos, desmontaje de fullspace, habilitación de recinto para trabajo técnico y arreglo de caja escalera de uso público de CESFAM Amador Neghme,** mediante el programa de mejoramiento e Infraestructura –PMI- y de Modelo de Salud Familiar por un monto de \$ 12.900.000.-

- **Plataforma Tecnológica Servicio Gestión Demanda Telefónica para los Centros de Salud de la Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda:** Este es un proyecto anhelado por la comunidad de Pedro Aguirre Cerda, el cual contempla la contratación de un servicio de gestión de la demanda de horas médicas, que le permita a los usuarios y usuarias de los distintos centros de salud de la comuna, reservar su hora médica a través de un llamado telefónico. Este proyecto se encuentra en fase de licitación y su presupuesto asignado para 12 meses de funcionamiento es de \$37.200.000.-
- **Mantenimiento de Tótem de Satisfacción Usuaría:** La satisfacción usuaria es un elemento fundamental para evaluar las prestaciones de salud otorgadas por los centros de salud de la comuna. Este proyecto tiene por objetivo contar con un sistema de gestión de experiencia usuaria, el cual permita monitorear a través de una pequeña encuesta, la experiencia de los usuarios posterior a la atención en salud recibida. Toda la información entregada por los usuarios en los distintos puntos de contacto (Tótem) ubicados en las zonas de ingreso de los centros de salud, es sistematizada en una plataforma web, la cual entrega en forma diaria reportes, a los cuales se puede acceder desde cualquier dispositivo que posea conexión a internet. Este proyecto tiene como fin instalar el proceso de mejora continua en la atención de salud brindada por los centros de salud municipal de la comuna. El costo de este proyecto, por 12 meses de funcionamiento asciende a \$9.645.000.-
- **Servicio Mantenimiento de Calderas:** Para brindar una atención continua, segura y de calidad en los distintos centros de salud de la comuna, se diseña este proyecto el cual contempla la mantención correctiva, preventiva periódica durante 12 meses y certificación de los equipos calderas, ubicados en los centros de salud. El costo de este proyecto asciende a \$10.276.285.-
- **Servicio Desinfección, Sanitización y Desinsectación:** Para el control de microorganismos asociados a enfermedades de alta incidencia en recintos de atención de salud, se implementa el siguiente proyecto, que consiste en la contratación de servicios por 12 meses de desinfección, Sanitización y desinsectación. El costo de este servicio es de \$3.500.000.-
- **Servicio Mantenimiento Equipos Críticos:** Para mantener en óptimas condiciones de funcionamiento los equipos médicos críticos disponibles en los centros de salud de PAC, se elabora este proyecto. Este plan de mantenimiento preventivo y correctivo, permite anticiparse a posibles fallas de los equipos, por fatiga de material o término de la vida útil de éste, lo que permite mantener la continuidad, calidad, seguridad y oportunidad de la atención de salud. Este proyecto se encuentra en la fase de confección de bases de licitación. El costo estimado para este proyecto es de \$4.000.000.-
- **Reparación y Certificación Montacargas CESFAM Edgardo Enríquez Frödden y de los ascensores de otros CESFAM:** Este proyecto consiste en la reparación y certificación por parte del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo (MINVU), del equipo montacargas perteneciente al CESFAM Edgardo Enríquez, el cual brinda apoyo en el traslado de los usuarios con movilidad reducida, embarazadas, coches, adultos mayores, entre otros, al segundo piso del centro de salud. El costo de este servicio es de \$7.212.800.-

**Desafíos 2020**

***En cuanto a la atención asistencial, el proyecto más relevante es el refuerzo de la atención médica, tanto para morbilidad como para atención domiciliaria para grupos priorizados de menores de 5 años y personas mayores y/o con discapacidad. Además para brindar mayor integralidad a la atención se incluirán atención de fonoaudiología para programas personas mayores, kinesiología y refuerzo de podología .***

Se mantendrán durante el año 2020 las estrategias y herramientas ya implementadas:  
**Plataforma Tecnológica Servicio Gestión Demanda Telefónica para los Centros de Salud y  
 Mantenimiento de Tótem de Satisfacción Usuaría.**

Se debe además cerrar la brecha de mantenimiento de infraestructura, instalaciones y equipamiento conforme a informe de Contraloría General de la República, y acorde a los requerimientos de acreditación para los establecimientos de salud. Lo que se puede observar en la siguiente tabla, por un monto total anual de \$ 418.538.740.

Detalle	Recintos	Estimación	Periodo	Periodicidad
Mantenimiento Estanques y Bombas de Agua	CESFAM Amador Neghme, Padre Pierre y Edgardo Enríquez F.	\$3.000.000	12 Meses	Semestral, según muestreo de PH
Mantenimiento Equipos Aire Acondicionados	Todos los Recintos	\$4.500.000	12 Meses	Semestral
Mantenimiento de Equipos Electrónicos	CESFAM Amador Neghme, Padre Pierre , Edgardo Enríquez F., Villa Sur	\$4.000.000	12 Meses	Semestral o 200 Horas
Mantenimientos Equipos de Autoclaves	CESFAM Amador Neghme, Padre Pierre y Edgardo Enríquez F., Villa Sur, Lo Valledor Norte	\$5.000.000	12 Meses	Trimestral
Mantenimiento Equipo de Rayos X	SAR/ Lo Valledor Norte	\$6.600.000	12 Meses	Semestral
Mantenimiento Tableros y Redes Eléctricas	Todos los Recintos	\$5.000.000	12 Meses	Trimestral
Mantenimiento Redes Húmedas y Secas	Todos los Recintos	\$2.000.000	12 Meses	Semestral
Mantenimiento Alarmas y Luces de Emergencia	Todos los Recintos	\$3.500.000	12 Meses	Semestral
Mantenimiento Calderas	CESFAM Amador Neghme, Padre Pierre y Edgardo Enríquez F.	\$10.950.000	24 Meses	Semestral: preventiva y correctiva
Sanitación, Desinsectación y Desratización	Todos los Recintos	\$4.500.000	12 Meses	Servicio Mensual
Mantenimiento Equipos Odontológicos	todos CESFAM y Villa Sur	\$342.722.000	36 Meses	Servicio Mensual
Mantenimiento Ascensores	CESFAM Amador Neghme y CESFAM Edgardo Enríquez F.	\$3.712.800	12 Meses	Servicio Mensual

Mantenimiento Equipos Críticos	Centros de Salud	\$2.053.940	12 Meses	Servicio Semestral
Servicio Suministro de Oxígenos Centros de Salud	Centros de Salud	\$21.000.000	36 Meses	Servicio según Necesidad de los Centros

Es relevante señalar que de este presupuesto estimado la mantención de Unidades dentales se realiza con cargo a PRAPS.

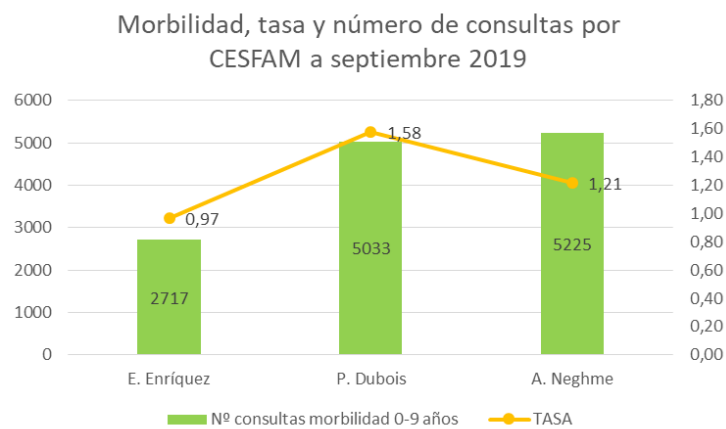
Se ha presentado al MINSAL el Proyecto “Mi CESFAM Punto”, que permitiría realizar un mejoramiento significativo a la infraestructura y mejoramiento de instalaciones, sala REAS, mejoramiento de baños, pintura y e instalación de un nuevo ascensor en el CESFAM Edgardo Enríquez F., la cual tienen un monto estimado de M\$250.000 a financiar a través del Servicio Metropolitano Sur. Se encuentra en el SIN seleccionado para inversión por el FNDR el proyecto de estudio de pre factibilidad y diseño de este CESFAM.

## VII EVALUACIÓN PLAN DE SALUD A SEPTIEMBRE DE 2019

### 7.1 INDICADORES DEL CICLO VITAL INFANTIL

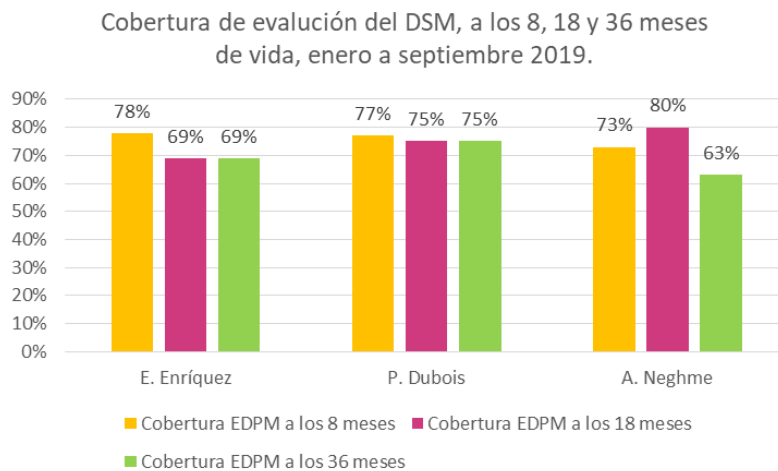
Comunalmente se evalúan más de cuarenta indicadores asociados a problemas de salud y metas de prestaciones dirigidas a esta etapa de la vida, a continuación revisaremos algunos de ellos.

La tasa de consulta de morbilidad en ciclo infantil es uno de los indicadores que reflejan el trabajo realizado por el equipo de salud en ciclo vital infantil. En Pedro Aguirre Cerda, entre enero y septiembre de 2019 los niños y niñas entre 0 y 9 años inscritos han consultado 1,26 veces, siendo más alta la tasa de consulta en el CESFAM Padre Pierre Dubois.



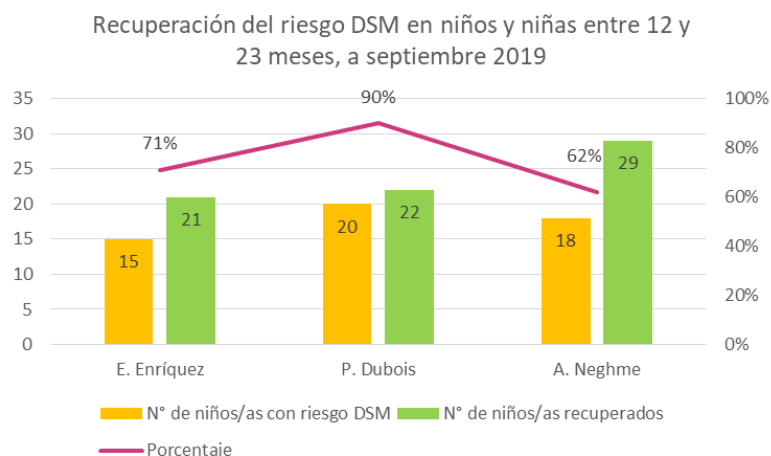
Fuente: Indicadores de plan comunal septiembre 2019

Otro indicador relevante es la detección del rezago y déficit del desarrollo psicomotor (DSM) a través de la aplicación de pautas de evaluación a los 8 y 18 meses, y del Test del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) a los 36 meses. A nivel comunal el mejor desempeño se logra en la evaluación a los 8 meses, siendo más difícil alcanzar coberturas altas a los 3 años de vida. No obstante, todos los centros de salud alcanzaron las metas programadas, logrando mejores coberturas en septiembre de 2019 que las que mostraron en septiembre de 2018 a los 8 meses y 36 meses.



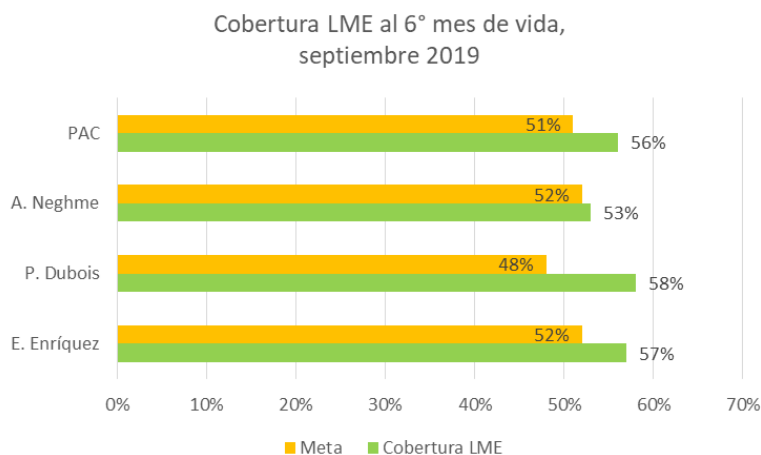
Fuente indicadores comunales 2019

Los niños y niñas detectados con riesgo en la evaluación del desarrollo psicomotor son tratados por un periodo de tres meses para lograr su recuperación. Entre enero y septiembre se han detectado 72 niños y niñas con riesgo en DSM en los centros de salud de la comuna, 53 de los cuales ya se han recuperado (74%), continuando los otros en su periodo de tratamiento. El año pasado a igual fecha había un 64% de recuperados, sobre un total de 59 niños y niñas, es decir aumentó en un 22% los casos de riesgo detectados.



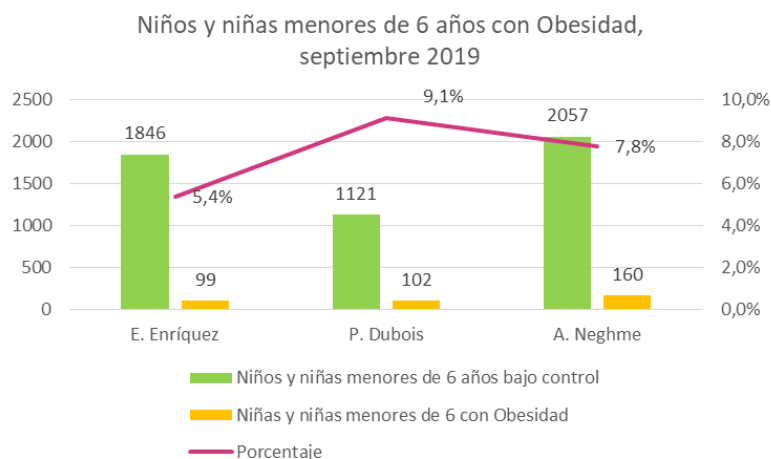
Fuente indicadores comunales 2019

El impacto de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en el desarrollo humano es tan relevante, que no puede ser omitido como uno de los temas prioritarios en la gestión comunal. Fruto del trabajo se observa un aumento progresivo, que en 2019 es de 4 puntos porcentuales en la cobertura comunal (56%), respecto a igual periodo del año 2018, siendo los CESFAM Pierre Dubois y CESFAM Edgardo Enríquez los que logran los mayores avances. Todos los centros de salud superan al corte la meta programada.



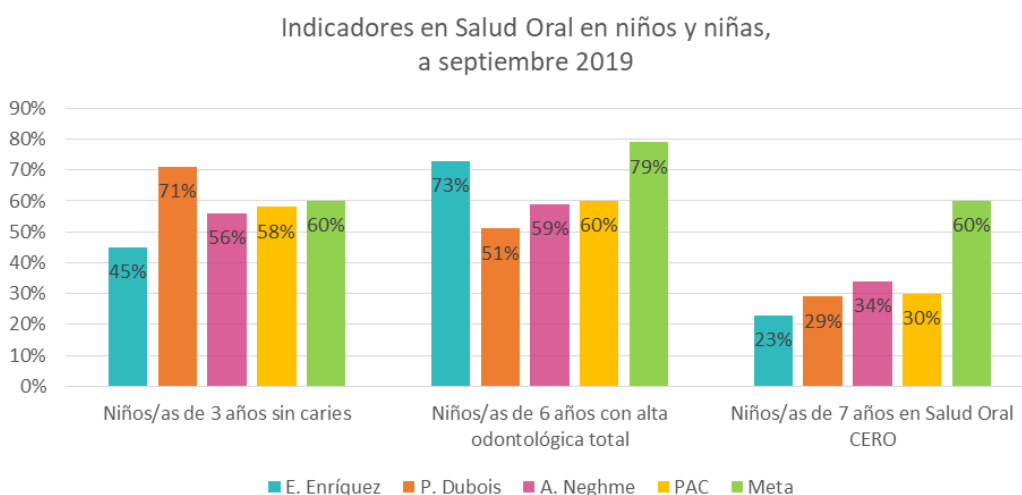
Fuente indicadores comunales 2019

Continuando con el tema de nutrición surge el indicador que monitorea la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil que no debe superar el 9% como meta. Meta que se ha alcanzado los últimos años, fomentando el trabajo intersectorial a través del Programa Vida Sana y Programa de Salud Escolar. Comunalmente la prevalencia de Obesidad en este grupo asciende a 7,2%, observándose variación respecto a la situación observada el año pasado: CESFAM Edgardo Enríquez logra bajar significativamente en este indicador.



Fuente Indicadores comunales 2019

Otros indicadores importantes de destacar en este grupo etario son los asociados con Salud Oral, que muestran un buen desempeño en las metas asociadas a los 3 y 6 años, estando casi cumplida en este primer grupo, lo que permite orientar los esfuerzos al logro de los ingresos programados para niños y niñas de 7 años el Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO).



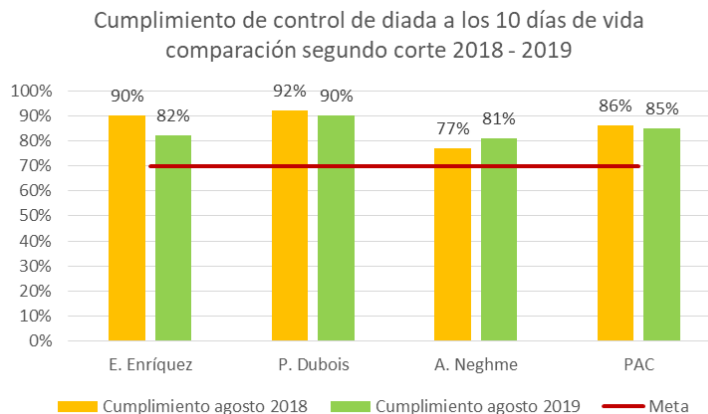
Fuente Indicadores comunales 2019

También surge como actividad relevante de tipo preventiva, la aplicación de Flúor a los niños y niñas entre 2 y 5 años, que septiembre de 2019 muestra un 69% de avance, lo que exige nuevos esfuerzos para aumentar la cobertura en este segmento etario.

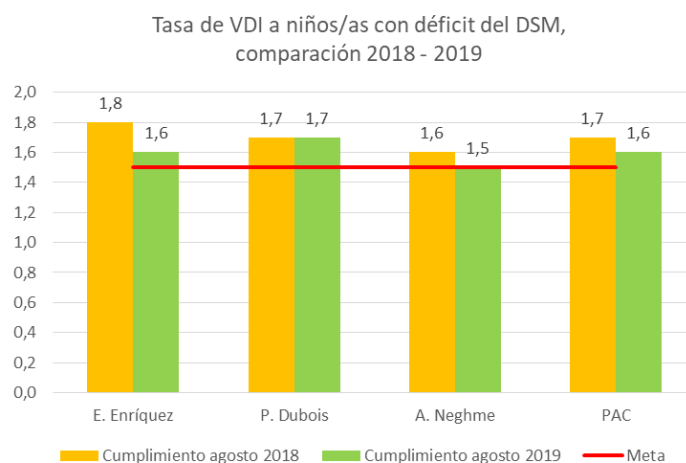
El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Subsistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo (PADBP) realiza actividades que se dirigen tanto al ciclo infantil como al ciclo adulto.

Dentro de sus indicadores se destaca control de diada madre e hijo a los 10 días de vida del recién nacido donde todos los centros de la comuna superan la meta, resalta el trabajo realizado por el equipo de salud del CESFAM Dr. Amador Neghme que supera lo realizado el 2018 al mismo periodo.





La visita domiciliaria integral (VDI) que se realiza dentro del proceso de tratamiento de los niños con diagnóstico de déficit del desarrollo psicomotor, es interesante de revisar porque constituye una estrategia para abordar a las familias que enfrentan este problema de salud, y dar una respuesta integral que las involucre en la solución del mismo. La meta acordada es una tasa de 1,5 visitas, meta que todos los centros de salud alcanzan al momento del corte de este programa, aunque con menos holgura que la observada el año 2018.



## 7.2 INDICADORES CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE

El 2019 se buscó fortalecer la Red de jóvenes, el Consejo Consultivo de adolescentes y los consejos territoriales en cada CESFAM. Ello implicó partir desde sus necesidades, reconocimiento de sus derechos y capacidad de autodeterminación, reconocer la mirada de los jóvenes y desde ella generar las condiciones necesarias para abordar Derechos Sexuales y Reproductivos, problemas de Salud Mental –suicidio, dependencias-, Violencia e Identidad.

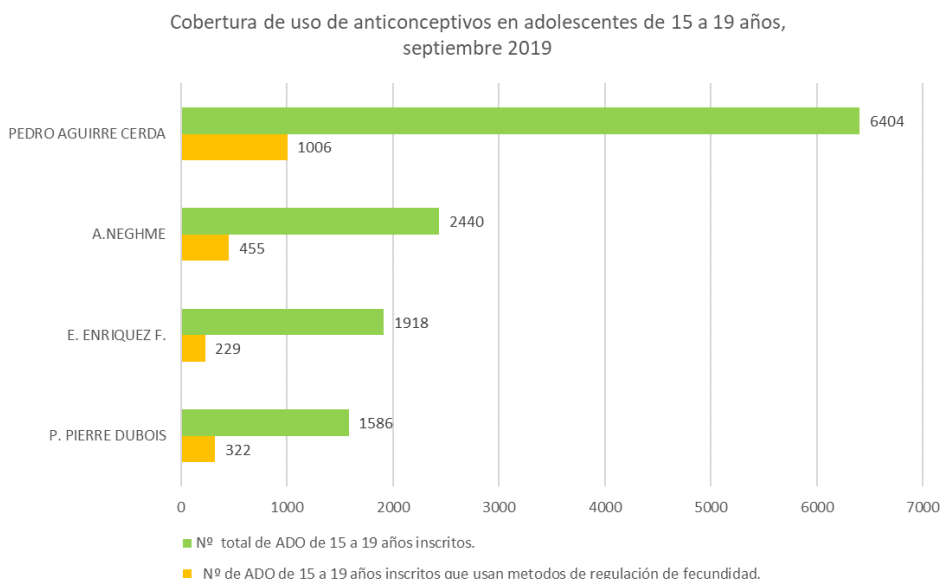
Esto requirió trabajar con otros actores del intersector y redes municipales, en particular con Educación, para salir del espacio de los centros de salud, por ejemplo a través de la estrategia de los Espacios Amigables o del trabajo intersectorial para abordar a población vulnerable en riesgo psicosocial de programas SENAME.

A septiembre se han realizado un 83% de las actividades programadas con los Consejos Consultivos de jóvenes. Y se han ejecutado 6 talleres de Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes (89% de lo programado) y, otros seis talleres para abordar la problemática de la violencia (100% de lo planificado).

A continuación se presentan los logros alcanzados a septiembre de 2019 en indicadores asociados a metas IAAPS, Sanitarias y Plan de Salud este grupo:

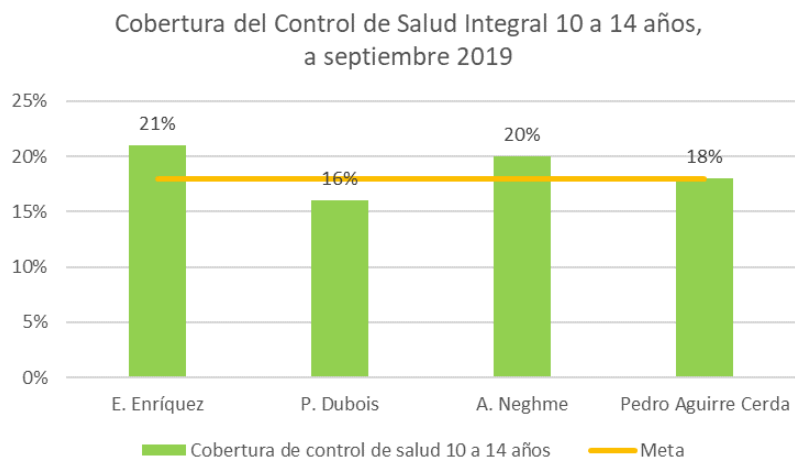
**a) IAAPS:**

Cobertura de métodos anticonceptivos en población de 15 a 19 años inscritos: Se programó alcanzar una cobertura del 20,32%, meta que van a lograr los CESFAM Pierre Dubois (20%) y CESFAM Amador Neghme (19%), pero se observa una baja cobertura en el CESFAM Edgardo Enríquez (12%) que implica que este equipo debe reforzar las estrategias para eliminar barreras de acceso a la población adolescente que requiere el uso de métodos anticonceptivos.



Fuente: Indicadores Departamento de Salud, PAC. 2019

Control de salud integral realizados 10-14 años: comunalmente se logra alcanzar el umbral de este indicador (18%), con dos centros de salud que a la fecha ya han superado la meta y un tercero que se proyecta que la alcanzará dentro del año.

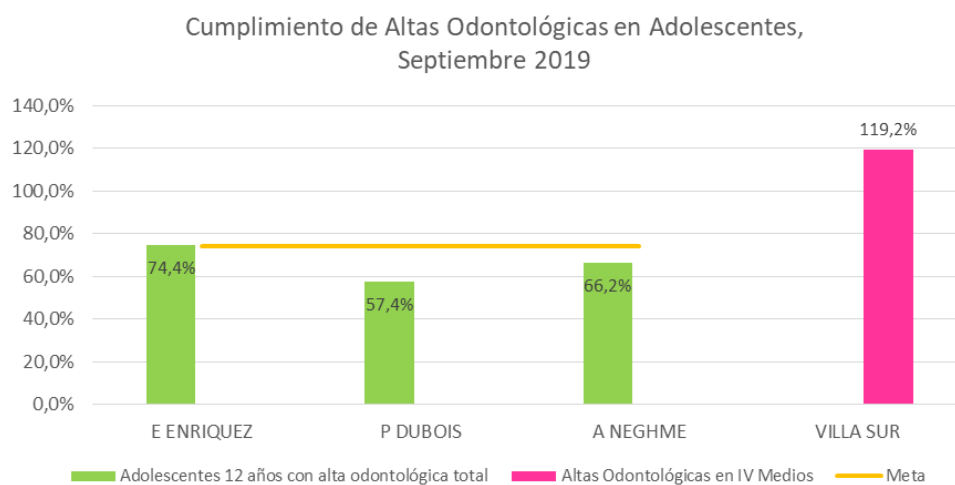


Fuente: Indicadores Departamento de Salud, PAC. 2019

**b) Meta Sanitaria:**

**Cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años**

Este año 2019 se alcanza un cumplimiento del 66% comunal, notoriamente más bajo que lo observado a septiembre del 2018 (72%). El mejor desempeño lo logra el CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, siendo más compleja la situación de del CESFAM Padre Pierre Dubois que tiene que acortar la brecha en los meses que quedan.



Fuente: Indicadores Departamento de Salud, PAC. 2019

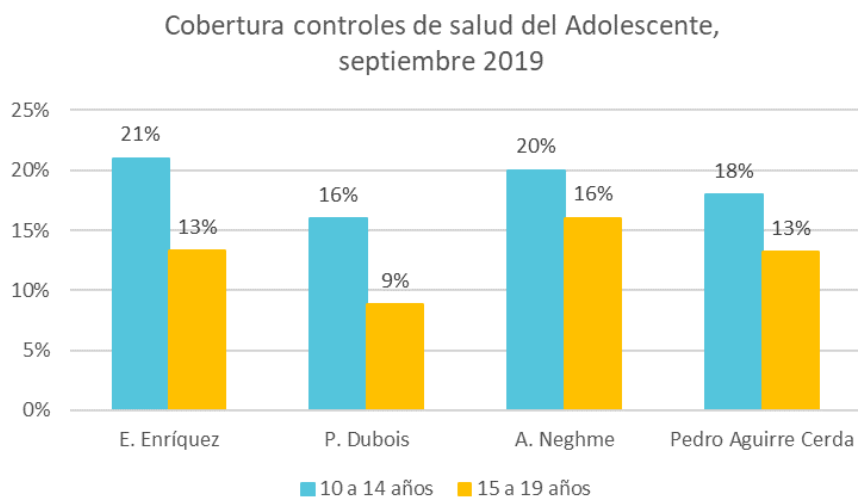
**c) Actividades generales:**

Alumno/as de 4° medio con alta odontológica total: a septiembre de 2019, esta meta se ha cumplido utilizando la clínica móvil a cargo del CEMO Villa Sur. Este programa busca beneficiar a los jóvenes estudiantes de colegios municipales y particulares subvencionados para que se incorporen a la vida adulta con una mejor condición de salud bucal.

Examen preventivo adolescentes de 15 - 19 años, fichas CLAP: se han realizado 1.300 exámenes a septiembre una cantidad menor a la alcanzada a igual fecha del año pasado, alcanzando un cumplimiento del 65% comunal, con desempeños diferentes por centros de

salud: CESFAM Amador Neghme alcanza un 83% de cumplimiento, CESFAM Edgardo Enríquez 66% de logro, y CESFAM Pierre Dubois 40% de su meta, lo que obliga a que este equipo rediseñe estrategias al respecto.

Al comparar la situación con la observada a igual fecha del año pasado sobresale el trabajo del CESFAM Amador Neghme en mejorar sus coberturas en los controles integrales de salud, junto con el esfuerzo del CESFAM Edgardo Enríquez por mantener sus coberturas.



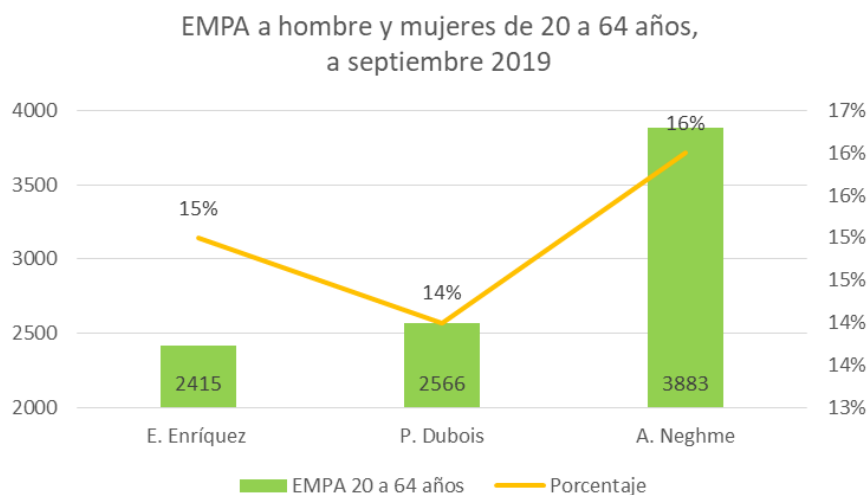
Fuente: Indicadores Departamento de Salud, PAC. 2019

Un 31% de los adolescentes controlados ha recibido consejería en Salud Sexual y Reproductiva con entrega de preservativos, y un 10,3% de adolescentes de la comuna reciben consejería en VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), cobertura aún pequeña considerando la importancia de la prevención en este grupo.

### 7.3 INDICADORES DEL CICLO VITAL DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

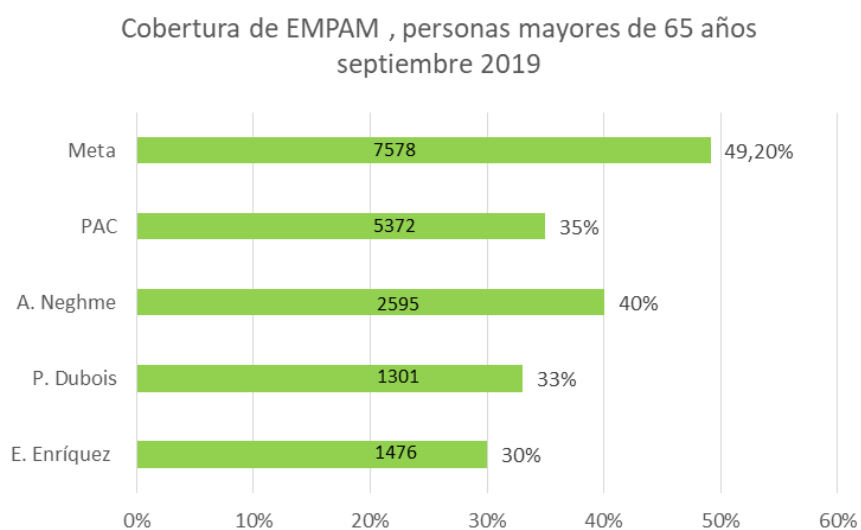
Comunalmente se monitorean más de 50 indicadores asociados al ciclo vital del Adulto y más de 30 asociados a las personas mayores, es por ello que sólo revisaremos algunos de ellos asociados a prevención del daño y a medir cobertura efectiva e impacto en la salud de las personas.

En 2019, MINSAL amplió la cobertura del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) todas las personas adultas, es decir entre 20 y 64 años, sin distinción por sexo ni subgrupos de edades. Esto implicó una nueva meta más desafiante para los equipos de salud, que a nivel comunal se fijó en una cobertura de 17% anual. A septiembre de 2019 todos los centros de la comuna exhiben un logro cercano al cumplimiento de la meta.



Fuente indicadores comunales 2019

Para las personas mayores existe el Examen Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), cuya meta anual para los centros de salud de Pedro Aguirre Cerda asciende al 49,2%. Meta que en los últimos años ha sido difícil de alcanzar, si bien se observa un mejor desempeño que a igual fecha del año 2018 - sobre todo en los CESFAM Amador Neghme y CESFAM Padre Pierre Dubois - se requiere redoblar los esfuerzos para su logro generando estrategias adicionales.

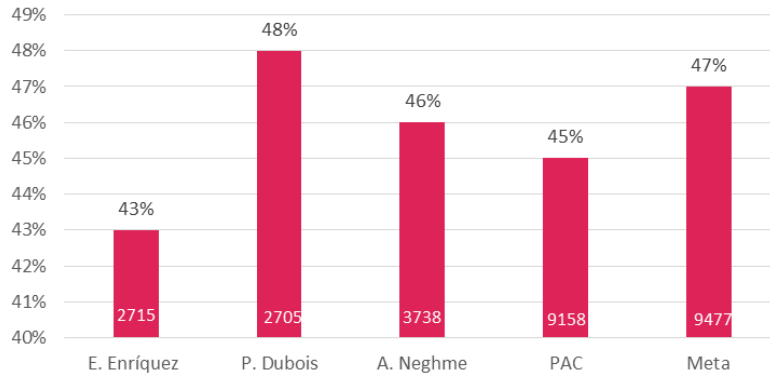


Fuente indicadores comunales 2019

Otros indicadores relevantes son los que se refieren a la compensación, medida como cobertura efectiva de las patologías crónicas cardiovasculares: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. La meta de compensación efectiva 2019 para Diabetes Mellitus tipo 2 es de 29 % y para Hipertensión Arterial 47%.

El CESFAM Pierre Dubois logra superar esta meta, y el CESFAM Amador Neghme se encuentra muy cercano a lograrla, lo que es destacable, pues a septiembre de 2018 estaba su desempeño en este indicador no era satisfactorio, lo que significa que las estrategias implementadas se han mantenido en el tiempo. Respecto a la brecha observada en el caso del CESFAM Edgardo Enríquez es posible acortarla en el periodo de tiempo restante.

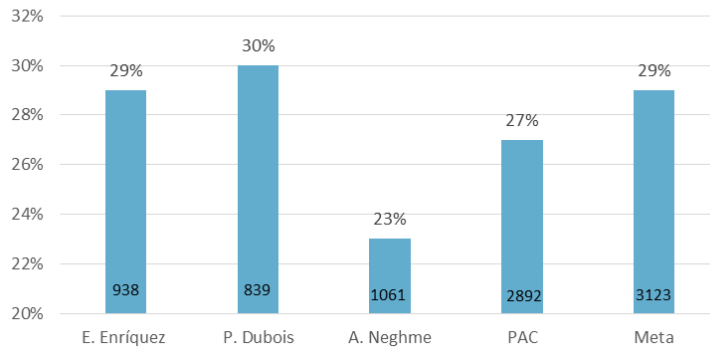
Cobertura efectiva en Hipertensión Arterial,  
a septiembre 2019



Fuente indicadores comunales 2019

En relación a la Diabetes Mellitus tipo 2, dos centros cumplen con el porcentaje esperado de personas compensadas en su patología, pudiendo el CESFAM Dr. Amador Neghme con nuevas estrategias acortar la brecha de 6 puntos que actualmente mantiene.

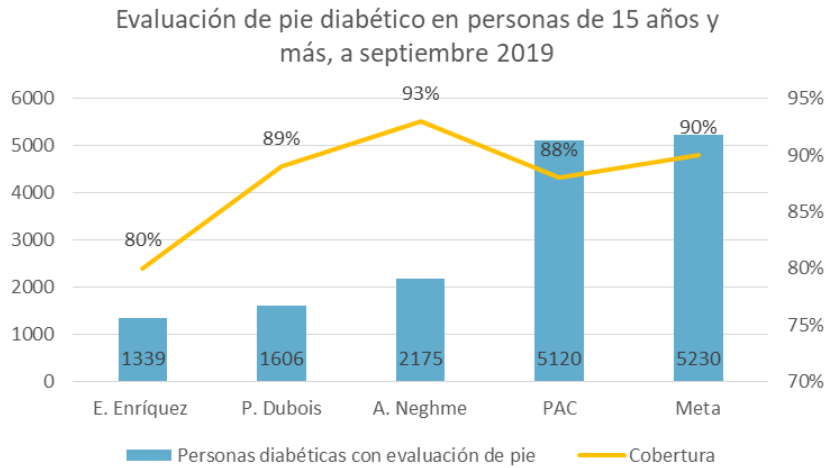
Cobertura efectiva Diabetes Mellitus tipo 2,  
a septiembre 2019



Fuente indicadores comunales 2019

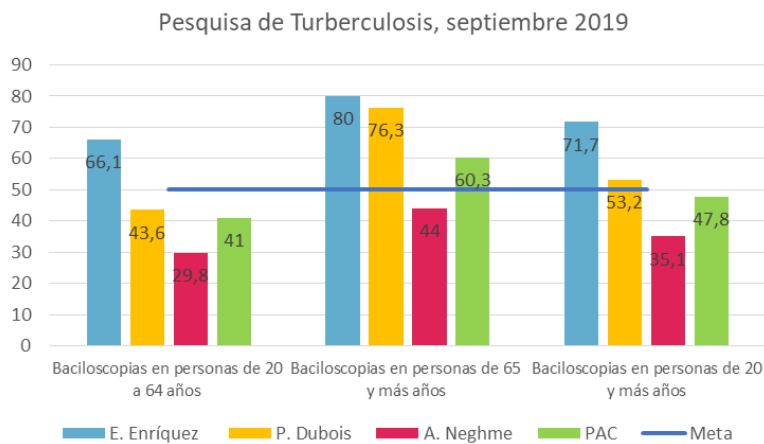
Otro indicador a destacar, asociado con esta última patología, dentro del contexto de la prevención secundaria para el grupo de personas diabéticas, es el examen de evaluación de pie diabético que busca disminuir la incidencia de la amputación. La meta a cumplir por cada CESFAM es que el 90% de las personas diabéticas en control reciban esta prestación dentro del año.

A septiembre de 2019 se observa que CESFAM Dr. Amador Neghme ya superó la meta, y que los otros dos centros de salud la deberían completar dentro del año.



Fuente indicadores comunales 2019

Pese a los esfuerzos por erradicar la enfermedad en Chile, la Tuberculosis sigue siendo una enfermedad prevalente, y debido a esto la importancia de realizar la pesquisa a través del examen de baciloscopía. La norma nacional fija una tasa de 50 baciloscopías por 1.000 consultas médicas.

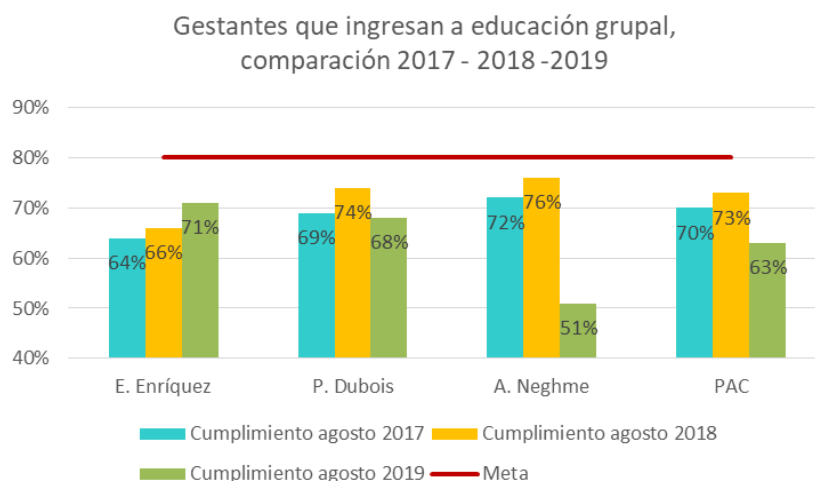


Fuente indicadores comunales 2019

Destaca en este indicador el trabajo del CESFAM Edgardo Enríquez, que logró revertir la situación del año anterior, posicionándose en 2019 el primer lugar de desempeño. Pero resulta preocupante el retroceso que tuvieron los otros CESFAM respecto del año 2018, sobre todo en el segmento de las personas que pertenecen a la población económicamente activa.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial del Subsistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo (PADBP) considera actividades que se dirigen a las mujeres gestantes y sus familias, dentro de estos indicadores resulta interesante observar la cobertura de los talleres de educación grupal, que para este 2019 se ha planteado que participen en ellos un 80% de las mujeres gestantes que se controlan en los centros de salud de la comuna.

Estas actividades educativas para la gestante y su pareja (o acompañante) tienen el fin de brindar apoyo cognitivo y emocional, para aumentar la capacidad de autocuidado, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y, la crianza temprana durante el puerperio.



En este indicador en general tiene meta dinámica que varía en función de los ingresos a control prenatal. Llama la atención la baja en el desempeño del CESFAM Dr. Amador Neghme respecto a los dos años anteriores.

## 7.4 RESOLUTIVIDAD Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

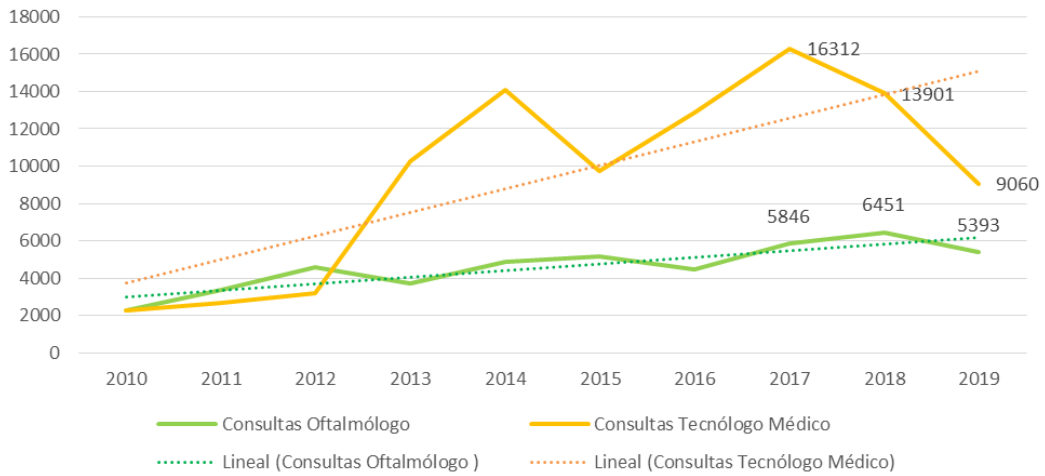
### UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)

El objetivo de este programa es velar por la salud visual de cada persona de Pedro Aguirre Cerda .

El equipo de profesionales resuelve patologías oftalmológicas, principalmente Vicios de Refracción GES y no GES, diagnóstico y controles de Glaucoma, así como también la pesquisa de casos de Retinopatía Diabética a través del examen de Fondo de Ojo.



Consultas de Oftalmólogo y Tecnólogo Médico,  
UAPO 2010 - septiembre 2019



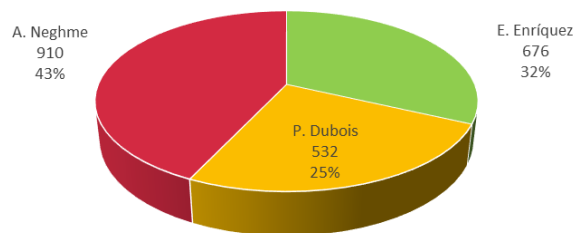
Fuente Indicadores Especialidades Médicas PAC 2019.

La oferta de atenciones tanto por médico oftalmólogo como por tecnólogo médico ha aumentado en los últimos años, lo que tiene se traduce en beneficio directo de las personas, por ejemplo reducir en aproximadamente un mes la espera por atenciones de Vicio de Refracción GES en los mayores de 65 años, por lo cual los usuarios no esperan los 180 días de la garantía GES.

De acuerdo al desempeño a la fecha se prevé lograr las metas 2019, con excepción de los estudios de Retinopatía Diabética por medio de Retinografías y Plataforma DART<sup>17</sup>, esto por problemas con dicha plataforma, por lo que UAPO incrementó el número de cupos para realizar el procedimiento directamente con el médico oftalmólogo.

A septiembre de 2019, en UAPO se ha realizado 2118 exámenes de Fondo de ojo, sumado las atenciones por médico oftalmólogo y las retinografías de tecnólogo médico. La procedencia de las personas de acuerdo a CESFAM de pertenencia es consistente con su población a cargo, con una leve mayor demanda del CESFAM Amador Neghme.

Evaluación de Fondo de ojo,  
septiembre 2019



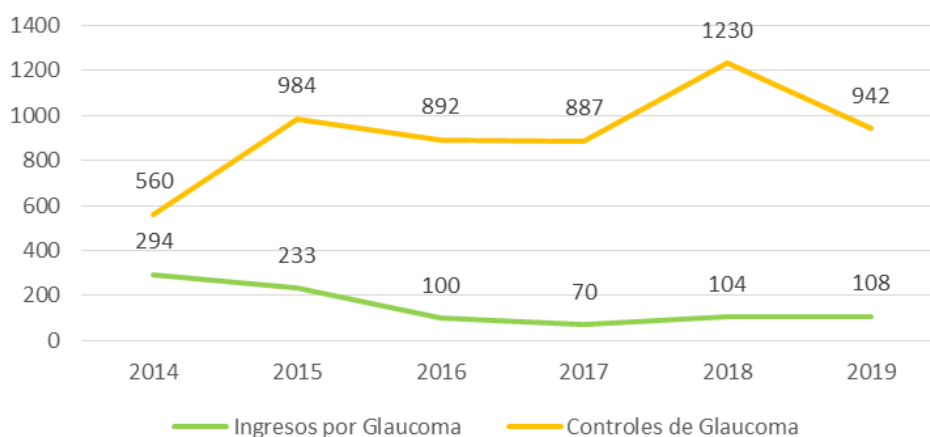
Fuente Indicadores Especialidades Médicas PAC 2019

En cuanto al diagnóstico de glaucoma, se observa un aumento en la pesquisa de usuarios con esta patología y se mantiene el número de controles de aquellos que están en

<sup>17</sup> DART= Diagnostico Automatizado de Retinografías Telemáticas

tratamiento. UAPO mantienen los controles periódicos de los pacientes bajo control, realizando los exámenes de Curva de Tensión, Campimetría Computarizada y Paquimetría, con los controles oftalmológicos y entregando los fármacos para su tratamiento.

Ingresos y controles por Glaucoma,  
2014 a septiembre 2019



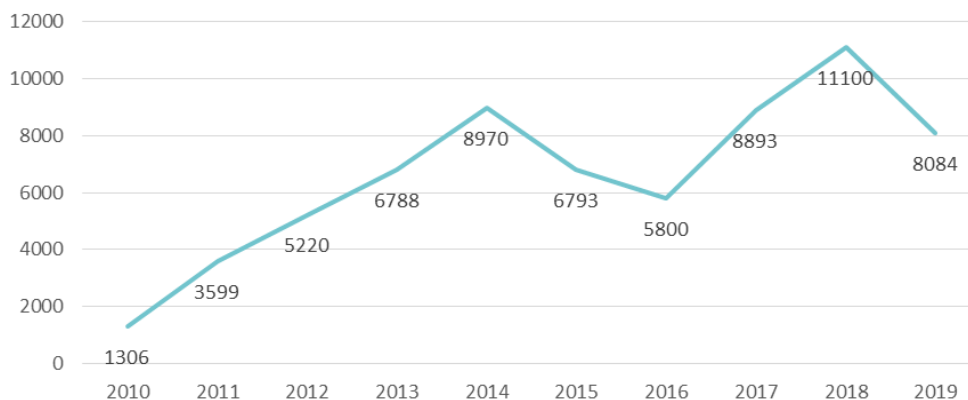
Fuente: Indicadores Especialidades Médicas 2019

La entrega de lentes ópticos es una prestación que este 2019 incorporó nuevas características, adicionando al lente común lentes con filtro UV y la posibilidad de adelgazarlos (Hite Lite) en caso de usuarios con dioptrías altas sobre +/-10.00esf.

**Para el año 2020 se espera poder incorporar otras características al lente, que permitan ampliar el beneficio otorgado.**

Durante este año a Septiembre 2019, se han entregado 8.084 lentes ópticos a personas inscritas en centros de salud de la comuna, casi el 48% de estos se entregaron dentro del contexto de una garantía explícita en salud (GES), y el restante 52% dentro de la canasta de prestaciones UAPO.

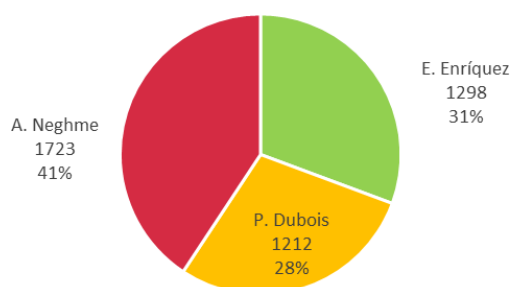
Lentes entregados,  
2010 a septiembre 2019.



Fuente: Indicadores Especialidades Médicas 2019

En el siguiente gráfico se ilustra la distribución de los lentes que corresponden a la canasta UAPO.

Lentes ópticos por centro de salud,  
enero a septiembre 2019



En tema de infraestructura falta completar los trabajos de mejoramiento de UAPO. El financiamiento fue otorgado el año 2018 por SSMS para contribuir en cambios estructurales, de inmobiliario y equipamientos que cumplan con normas, estándares clínicos y permitan ayudar al proceso de acreditación del establecimiento. Se insistirá durante lo que queda de este año y el próximo 2020 para terminar con dichos trabajos.

## 7.5 COMUNA SALUDABLE DE PEDRO AGUIRRE CERDA

Esta estrategia coordina los siguientes programas comunitarios para el desarrollo de actividades de promoción, prevención y participación en salud para las vecinas y vecinos de la comuna:

- Salud Escolar
- Más Adultos Mayores Autovalentes
- Vida Sana

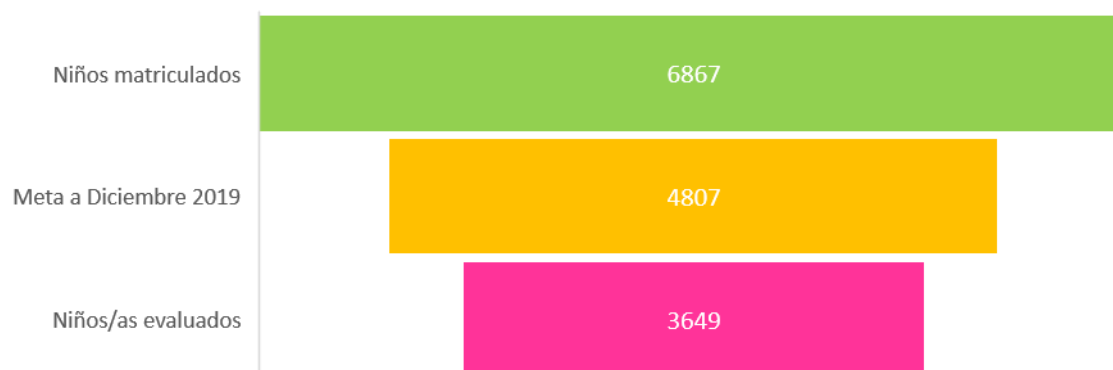
### 7.5.1. PROGRAMA SALUD ESCOLAR

El programa Salud Escolar se ejecuta en los 33 establecimientos educativos de la comuna municipales y particulares subvencionados, realizando un control de salud integral de niño/a sano/a entre los 5 y 9 años, derivando a los estudiantes que se encuentran inscritos en los CESFAM de la comuna cuando se detecta alguna alteración en el desarrollo.

Para el año 2019 se estableció como meta realizar control de salud al 70% de los niños y niñas de 5 a 9 años matriculados en alguno de los colegios y escuelas de Pedro Aguirre Cerda.

A septiembre ya han sido evaluados el 53% de los niños matriculados, lo que hace prever que está meta se alcanzará dentro del año escolar.

Avance Programa de Salud Escolar, a septiembre 2019



Elaboración propia con datos de Indicadores Comuna Saludable

El 17% de niños y niñas que falta por controlar se distribuyen, por centro de salud, de la siguiente forma:

CESFAM	Establecimientos educativos evaluados	Establecimientos educativos por evaluar
Dr. Amador Neghme	José Agustín Alfonso Grace School Aída Ramos	Ciudad de Barcelona Lo Valledor Miguel Dávila Parque Las Américas Boroa Consolidada Dávila Villa Sur
Dr. Edgardo Enríquez	Rocío de los Ángeles El Greco Monseñor Luis A. Pérez Amigos Población Alessandri Pio XII Jacqueline Kennedy	Arcángel Gabriel Poetas de Chile Liceo Backausse
Padre Pierre Dubois	La Ronda de San Miguel Rayito de Luz Karol Cardenal de Cracovia San Sebastián Ricardo Latcham Marqués de Ovando Divina Gabriela Antonio Acevedo Hernández	Risopatrón La Victoria Padre Fidel Abarca Liceo Eugenio Pereira Salas República Mexicana

Fuente: Indicadores Comuna Saludable.

## 7.5.2 PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

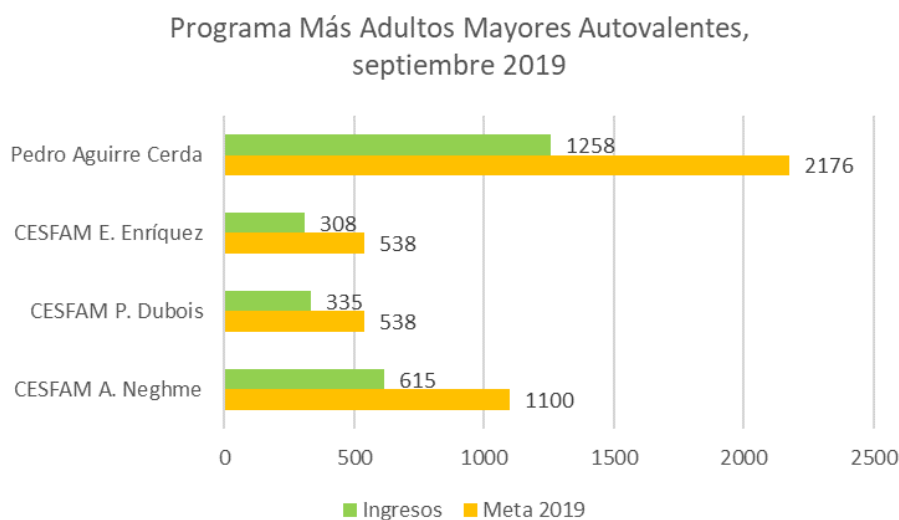
El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se desarrolla desde el año 2015 en la comuna, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitario<sup>18</sup>.

Cuenta con un equipo profesional compuesto por Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogas, que se organizan en 4 duplas insertas en los CESFAM de la comuna, encargadas de realizar acciones en el ámbito de la prevención de caídas, estimulación cognitiva, y fomento del autocuidado a personas de 60 y más años beneficiarias de FONASA.

Para el año 2019 se mantiene la meta de ingresar a tratamiento a 2176 personas, a septiembre se han ingresado 1258 personas, alcanzando 58% de la meta, desempeño menor que el observado a igual fecha del año pasado.

La mayor parte de las personas ingresadas corresponden al CESFAM Dr. Amador Neghme (49%), seguido por CESFAM Padre Pierre Dubois (27%) y CESFAM Dr. Edgardo Enríquez (24%)

En cuanto al cumplimiento de las metas de ingreso a tratamiento asignadas a cada CESFAM, el mejor desempeño lo logra la dupla del CESFAM Padre Pierre Dubois, seguida por CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, como se observa en el siguiente gráfico.



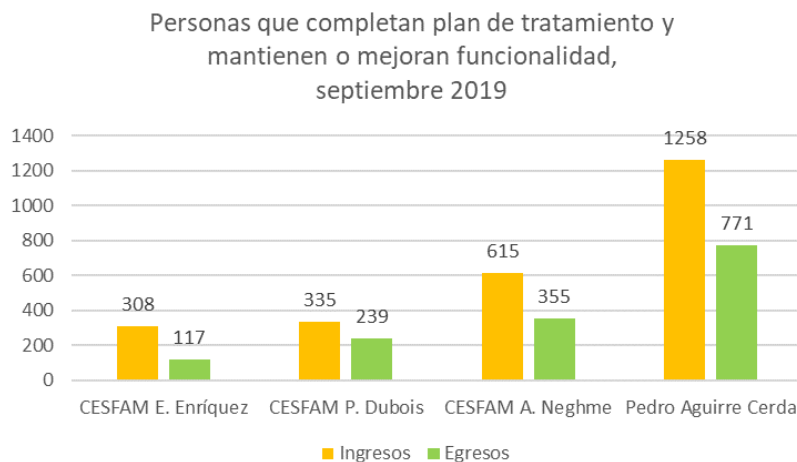
Fuente: Indicadores Comuna Saludable.

Con relación a los egresos de los usuarios, que completan ciclo (personas con 15 o más sesiones/que mejoran o mantienen cuestionario de funcionalidad y test de Time Up & Go), se obtiene a nivel comunal un 61,3% de efectividad en la intervención al corte septiembre 2019.

<sup>18</sup> MINSAL, Orientación Técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, 2015

Se trata de una meta que varía de acuerdo con los ingresos, por lo que se evalúa a fin de año esperando que un 60% de las personas ingresadas logren terminar el programa con igual o mejor, es decir en promedio en la comuna se alcanza la meta programada.

Destaca, al momento del corte, CESFAM Pierre Dubois tiene un 71% de cumplimiento, mientras los otros dos CESFAM se acercan al 58%.



Fuente: Indicadores Comuna Saludable.

### 7.5.3 PROGRAMA VIDA SANA

Busca contribuir a reducir los factores de riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares en la población, por lo que se dirige a población que aún no desarrolla estas enfermedades, a través de del trabajo sobre tres de los factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, estos son: dieta inadecuada, deficiente condición física y el Sobrepeso/Obesidad; en niños, niñas, adultos y mujeres postparto.

El Programa Elige Vida Sana se desarrolla en la comuna desde el año 2011, incrementando la cantidad de beneficiarios directos a través de los años. Para el 2019, la meta es ingresar a tratamiento a 900 personas:

- 360 niños y niñas preescolares de 2 a 5 años, que corresponden al 40% de los beneficiarios de este programa en la comuna,
- 216 niños, niñas y adolescentes entre 6 y 19 años, que corresponden al 24% de los usuarios del programa,
- 324 adultos entre 20 y 64 años, que corresponden al 36% restante.

En cuanto a la distribución territorial por centro de salud, la mayor parte de las personas atendidas por este programa corresponden al CESFAM Dr. Amador Neghme (44%), seguido por CESFAM Pierre Dubois (32%) y el CESFAM Dr. Edgardo Enríquez (17%).

A septiembre de 2019, el programa tiene un cumplimiento del 92% de su meta, habiendo superado la cobertura programada en el grupo de niños, niñas y adolescentes, restando sólo ingresar personas en el grupo de adultos de 20 a 64 años. Lo último es consistente con la programación de actividades que priorizaba en el primer semestre la intervención en dichos grupos.

**Nº personas ingresadas a Programa Elige Vida Sana 2019 a septiembre.**

Grupo etario	CESFAM A. Neghme	CESFAM P. Dubois	CESFAM E. Enríquez	Pedro Aguirre Cerda	Logrado a Sept. 2019
2 a 5 años	173	123	74	360	370
6 a 19 años	114	79	24	216	217
20 a 64 años	109	83	52	324	244
<b>TOTAL</b>	<b>396</b>	<b>285</b>	<b>150</b>	<b>900</b>	<b>831</b>

Fuente: Indicadores Comuna Saludable 2019.

Uno de los hitos fue la puesta en marcha del “Gimnasio Comuna Saludable”, administrado por el Programa Vida Sana, e inaugurado el 26 de enero de 2019, que se ha convertido en un espacio importante en el desarrollo de actividad física y ejercicio, con la ejecución de los siguientes talleres:

Talleres realizados en Gimnasio Comuna Saludable
Entrenamiento Funcional
Baile Entretenido
Aerobox
Taller Embarazadas y "Súper Mamá"
Taller Programa Más Adultos Mayores Autovalentes
Entrenamiento cardiovascular con intervalos de alta intensidad (HIIT)
Aerolatino
Salsa Fitness
Yoga Fitness
Pilates
Juegos Deportivos para niños
Yoga Kundalini
Salsa para el Adulto Mayor

Fuente: Comuna Saludable 2019.

El énfasis en trabajo territorial y en los vínculos con establecimientos educativos (jardines infantiles, colegios), juntas de vecinos y recintos municipales, ha permitido alcanzar estos logros:

Establecimientos educacionales en Programa Vida Sana 2019	
Colegio Amigos	Jardín Infantil Eugenio Pereira
Colegio Boroa	Jardín Infantil La Marina
Colegio El Greco	Jardín Infantil Ochagavía
Colegio Poetas de Chile	Jardín Infantil Parque Las Américas
Colegio República Mexicana	Jardín Infantil Pequeño Aymará
Colegio San Sebastián	Jardín Infantil Poetas de Chile
Escuela de Párvulos Rayito de Luz	Jardín Infantil Rebeca Izquierdo
Jardín Infantil Ciudad de Barcelona	Jardín Infantil Trencito de lo Ovalle
Jardín Infantil Mis Primeros Pasos	Jardín Infantil Wexipantú
Jardín Infantil Backausse	Jardín Infantil Nuestra Sra de la Victoria
Jardín Infantil CEIA	

Fuente: Comuna Saludable 2019.

Talleres Territoriales
Aerobox Junta de Vecinos N°10
Aerobox Casa de la Cultura
Aerobox Junta de Vecinos N°12H
Aerobox Junta de Vecinos N°28
Baile Entretenido Casa de la Cultura
Baile Entretenido Gimnasio Villa Sur
Baile Entretenido Casa de la Cultura
Baile Entretenido Junta de Vecinos N°28
Baile Entretenido Junta de Vecinos N°4
Entrenamiento Funcional Casa de la Cultura
Entrenamiento Funcional Casa de la Cultura
Yoga Casa de la Cultura
Yoga Junta de Vecinos N°10

Fuente: Comuna Saludable 2019.

## 7.6 PROMOCIÓN –PARTICIPACIÓN

### PROMOCIÓN DE SALUD

Promoción de Salud este año ha experimentado cambios importantes. Inicialmente, al igual que en años anteriores, se planteaba elaborar un Plan Anual de Promoción por centro de salud. Luego, desde MINSAL, surgieron nuevas directrices con un horizonte de programación de corto y mediano plazo, solicitando un Plan Trienal concursable orientado a intervenir en Malnutrición por Exceso, integrando colaboración y gestión con el sector, ello implicó destinar tiempos no planificados para volver a realizar este proceso, y lo que es más relevante



cambiar prioridades, objetivos y actividades. Además los recursos se retrasaron , llegando solamente en el mes de octubre 2019.

A septiembre de 2019 se han generado y/o se ha colaborado en las siguientes instancias en el ámbito de promoción de salud:

Actividad	Descripción
Verano Seguro	Oferta de stand de Salud en Piscina Municipal, en las que se comparten Infusiones saludables a comunidad, además de prestaciones que del Eje Preventivo- Promocional por Centro de Salud.
Feria Emprendedoras Área Mujeres Municipalidad	Colaboración en instancia Municipal con Stand de Salud.
Talleres ENEL	Gestión y colaboración de talleres realizados por ENEL, en las que se informa cómo podemos cuidar el consumo de energía en nuestros hogares.
Talleres Uso de Medicamentos	Gestión y colaboración de talleres de uso de medicamentos con Farmacéutico de Equipo de Salud comunal para la comunidad.
Reuniones de Coordinación Educación Municipal	Gestión para ejecución de Plan Trienal, comprometiéndose Establecimientos y Jardines para mejoras e implementación.
Día del Niño	Colaboración con Stand de Salud y apoyo en logística.
Gestión Operativos de Salud Mercado Lo Valledor	Coordinación intervenciones de Salud en Mercado Lo Valledor, considerando necesidades territoriales, tales como entrega de preservativos, exámenes preventivos, etc.

## **PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD**

El objetivo de Participación durante el año 2019 ha sido generar instancias participativas con un sello de integralidad, respetando las directrices del SSMS pero también las necesidades y respuestas locales. Para ello se ha trabajado en mejorar los canales de comunicación entre los encargados de cada centro de salud y el Equipo de Promoción y Participación, con el fin que de unificar el sentido de estas acciones.

Actividad	Descripción
Día Internacional de la Salud por las Mujeres	Desarrollado en los 3 Centros de Salud, con apoyo de intersector y organizaciones invitadas, entre ellas APROFA.
Día de la Bandera Haitiana	Desarrollado en Casa de la Cultura, junto a Oficina de Migrantes y organizaciones invitadas, entre ellas OCACH.
Apoyo en gestión Buenas Prácticas	Apoyo en coordinación con SSMS respecto de generalidades y gestiones necesarias en los 3 Centros de Salud.
Apoyo en Proyecto Participación 2019	Apoyo en planificación y orientación respecto de postulación a Proyecto de Participación año 2019, en CESFAM Amador Neghme junto a PESPI, y en CESFAM Padre Pierre Dubois junto a Organizaciones y Dirigentes Comunales.
Coordinación con encargados de Participación	Reuniones Mensuales con encargados de cada Centro, además de visitas a Centros para obtener información de avances, opiniones y necesidades territoriales respecto de Plan y equipos a cargo de instancias comunitarias.

## PLAN MIGRANTES SALUD 2019

Los objetivos de este Plan para el año 2019 se enfocaron en continuar con el proceso de información sobre mecanismos de acceso a la atención, deberes y derechos en salud de la población migrante a través de acciones que consideran su participación, junto con mejorar el acceso y calidad de la atención con pertinencia cultural. Este año destaca el trabajo realizado en temáticas de promoción de alimentación saludable y prevención de VIH e ITS.

Entorno a intervenir	Ejes temáticos	Población objetivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunal</li> <li>• Educacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de deberes y derechos para población migrante.</li> <li>• Acceso y calidad de la atención.</li> <li>• Participación social</li> <li>• Interculturalidad</li> <li>• Capacitación</li> <li>• Promoción y Prevención en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclo infantil</li> <li>• Ciclo adolescente</li> <li>• Ciclo Adulto</li> <li>• Ciclo Adulto Mayor</li> </ul>

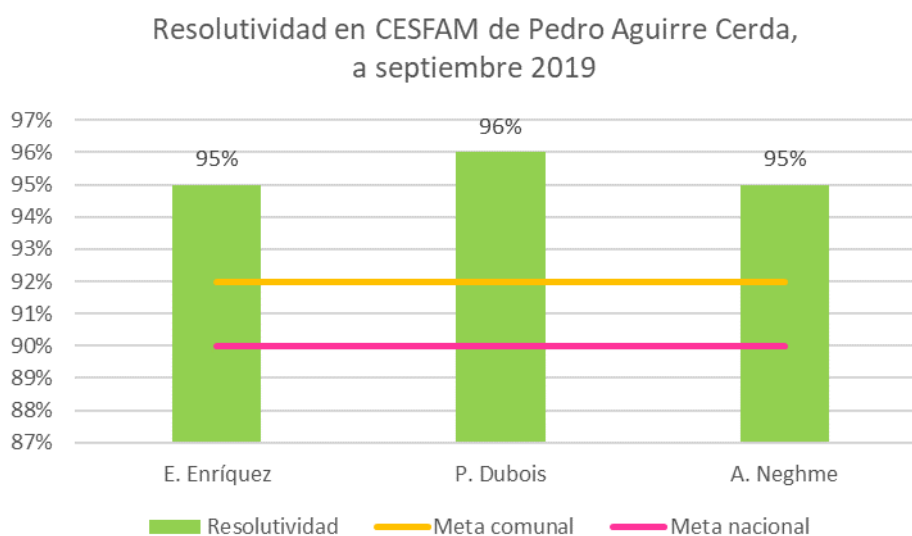
Las actividades son:

Resultado Esperado	Actividad	Lugar de Ejecución
Mesa Intersectorial de "Deberes y Derechos" con mujeres migrantes constituida y en funcionamiento	Constitución de mesa intersectorial con representantes de Área Mujeres Municipal, Oficina de Asuntos Migrantes, Programa de Salud Migrantes Municipal y otros actores invitados (organizaciones migrantes extra comunales)	COSAM Pedro Aguirre Cerda
Material de difusión en deberes y derechos en salud diseñados e impresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño e impresión de un material educativo de difusión en Decreto 67</li> <li>Diseño, ejecución y evaluación de al menos 3 conversatorios territoriales junto con población migrante de la comuna en deberes y derechos en salud con distribución de material educativo en Decreto 67</li> </ul>	Establecimientos educacionales/unidades vecinales/centros de salud
Apoyo a gestión y ejecución de celebración y conmemoración de al menos tres efemérides en encuentros masivos representativos de la comunidad migrante que hayan surgido como iniciativa de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Celebración día de la Bandera de Haití</li> <li>Celebración día del Migrante</li> <li>Celebración Navidad</li> </ul>	Casa de la Cultura/ Agrupaciones de Iglesias migrantes/ Organización migrante comunal OCACH
Personas migrantes capacitadas	Diseño, gestión y ejecución de una Escuela de Español dirigida a la comunidad migrante en CESFAM de la comuna	<p>?</p> <p>CESFAM Dr. Amador Neghme</p>
Actualización de diagnóstico de Salud migrantes 2017 con perspectiva de funcionarios de Salud.	Diseño, ejecución, y análisis de Encuesta de "Atención en Salud en población migrante" dirigida a funcionarios de Salud de los tres CESFAM de la comuna	CESFAM Amador Neghme, CESFAM Padre Pierre Dubois, CESFAM Edgardo Enríquez.
Plan local de acceso y calidad de la atención población migrante realizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratación de tres facilitadores interculturales.</li> <li>Construcción de plan de trabajo de facilitadores migrantes.</li> </ul> <p>?</p>	CESFAM Padre Pierre Dubois, CESFAM Edgardo Enríquez, CESFAM Dr. Amador Neghme
Acciones de promoción y prevención en salud con pertinencia sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño y ejecución de un proyecto de "Alimentación e Interculturalidad" junto con Universidad de Chile.</li> <li>Diseño de material "Recetario Intercultural"</li> <li>Ejecución de al menos tres operativos de salud en Mercado Lo Valledor con énfasis en educación y prevención de VIH e ITS</li> <li>Jornada de sensibilización para mejorar la convivencia entre estudiantes migrantes y</li> </ul>	<p>?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escuela de Nutrición y Dietética Facultad de Medicina Universidad de Chile</li> <li>Mercado Lo Valledor</li> <li>Liceo Eugenio Pereira Salas</li> </ul>

## 7.7 RESOLUTIVIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La resolutiveidad de la atención médica, expresa la capacidad que tiene el centro de salud de resolver el motivo de consulta de las personas, con las atenciones de morbilidad y controles médicos sin requerir derivar al usuario a otro establecimiento de la red asistencial. Es un factor relevante en la satisfacción usuaria.

Se mide a través de la proporción de consultas y controles médicos que fueron resueltas en los centros de salud, sobre el total de consultas y controles que se realizaron en ese mismo centro de salud, correspondiendo la diferencia a las derivaciones a otro nivel de atención.



Fuente Indicadores comunales 2019

Al corte, se observa que todos los centros de salud familiar superan la meta programada por la comuna que es superior a la meta propuesta desde MINSAL para el país (90%).

### ENDOSCOPIA

Dentro de la canasta de Resolutiveidad para APS se encuentra el componente Gastroenterología, vinculado a la erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*, que se asocia a esofagitis, úlceras en el sistema gástrico, entre otras.

A septiembre de 2019 se ha ejecutado un 94% del convenio, realizando 94 endoscopias, de los cuales 14 casos fueron positivos para la infección, y 7 personas fueron derivadas a nivel secundario por sospecha de patología maligna.

### CIRUGIA MENOR

Esta prestación está orientada a reducir la lista de espera de patologías de baja complejidad, principalmente dermatológicas, que no tenían una rápida resolución en el nivel secundario, lo que impacta en las listas de espera y satisfacción usuaria por el acceso a la atención y resolución de su problema de salud.

Al corte de septiembre se ha ejecutado un 51% de las prestaciones comprometidas (493), las que consideraron la realización de 102 biopsias, encontrando 16 casos de patología maligna.

## 7.8 LABORATORIO BÁSICO

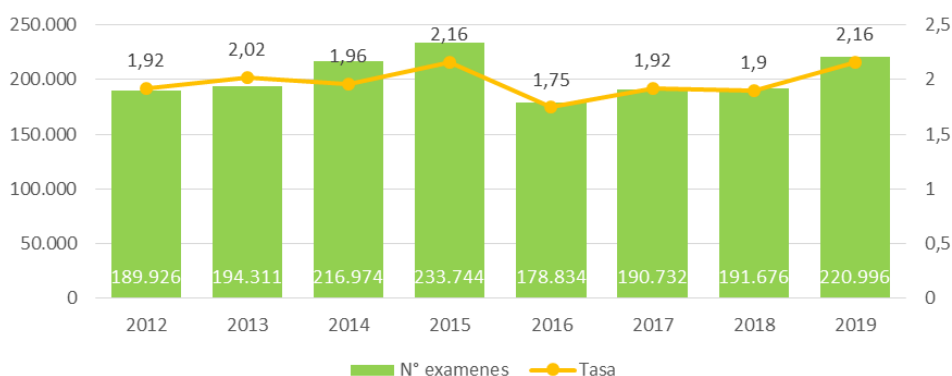
Durante el presente año el Servicio de Laboratorio que se otorga a los usuarios inscritos en los Centros de Salud de la Comuna, fue licitado al Laboratorio Núcleo Salud SPA. La canasta de Exámenes de Laboratorio está compuesta de un total de 50 Exámenes, correspondientes a:

Codigo Fonasa	Exámen
302005	ACIDO URICO
305070	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)
302013	BIURRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
302024	CLEARANCE DE CREATININA
302068	COLESTEROL HDL
302067	COLESTEROL TOTAL
306007	COPRO CULTIVO
306059	COPROPARASITOLOGICO SERIADO
302023	CREATININA
309010	CREATININA CUANTITATIVA EN ORINA AISLADA
302026	CREATINQUINASA CK-TOTAL
306008	CULTIVO CORRIENTE
302048	CURVA TOLERANCIA A LA GLUCOSA
302032	ELECTROLITOS PLASMATICOS ( Na, K, Cl)
305019	FACTOR REUMATOIDEO
302040	FOSFATASA ALCALINA
302045	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)
302047	GLUCEMIA
301036	HEMATOCRITO
301038	HEMOGLOBINA EN SANGRE TOTAL (PROC. AUT.)
301041	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A1C
301045	HEMOGRAMA (VHS)
308004	HEMORRAGIAS OCULTAS
303024	HORMONA TIROESTIMULANTE (TSH)
308005	LEUCOCITOS FECALES
309013	MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA AISLADA
302057	NITROGENO UREICO SANGRE
302035	NIVELES PLASMATICOS (Ac. VALPROICO, FENITOINA, FENOALBRITAL)
309022	ORINA COMPLETA
302075	PERFIL BIOQUIMICO
302076	PERFIL HEPATICO
302034	PERFIL LIPIDICO
305031	PROTEINA C REACTIVA
302060	PROTEINAS TOTALES O ALBUMINAS EN SANGRE
301059	PROTROMBINA, (INCLUYE INR)
301067	RECUENTO DE PLAQUETAS
351009	RELACION MICROALBUMINURIA / CREATINURIA
309024	SEDIMENTO URINARIO
301085	T.T.P.K.
309014	TEST DE EMBARAZO EN ORINA
306051	TEST DE GRAHAM
303026	TIROXINA LIBRE (T4L)
303027	TIROXINA TOTAL (T4)
302063	TRANSAMINASAS, OXALACETICA (GOT/AST), PIRUVICA (ALT)
302064	TRIGLICERIDOS
303028	TRIYODOTIRONINA (T3)
306011	URO CULTIVO
306042	VDRL
301086	VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION VHS

Fuente datos Departamento de Salud, 2019.

Si proyectamos el número de exámenes a diciembre 2019 se espera alcanzar un total de 220.996 exámenes, alcanzando una tasa de 2.16 exámenes persona año según población inscrita.

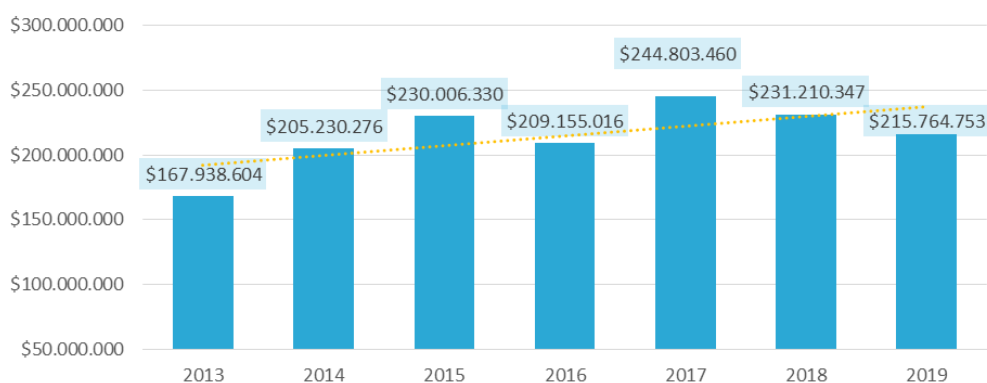
N° y tasa de exámenes de laboratorio según población inscrita, Pedro Aguirre Cerda 2012 - 2019



Fuente: Base de datos Excel con proyección a diciembre 2019, Departamento de salud 2019.

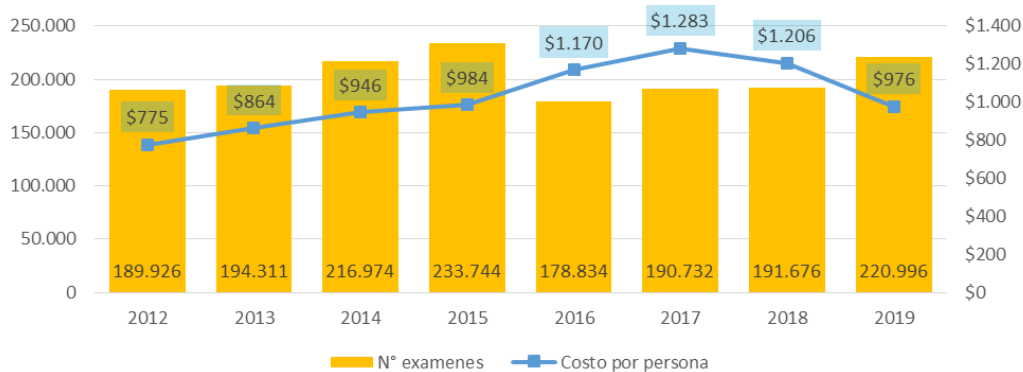
Es importante destacar que así como se ha incrementado el número de exámenes realizados y mejorada la tasa de exámenes por persona al año, podemos observar en el gráfico siguiente una tendencia a disminución del gasto, de acuerdo a las proyecciones a diciembre 2019.

Evolución del Gasto de Laboratorio, Pedro Aguirre Cerda 20013 -2019



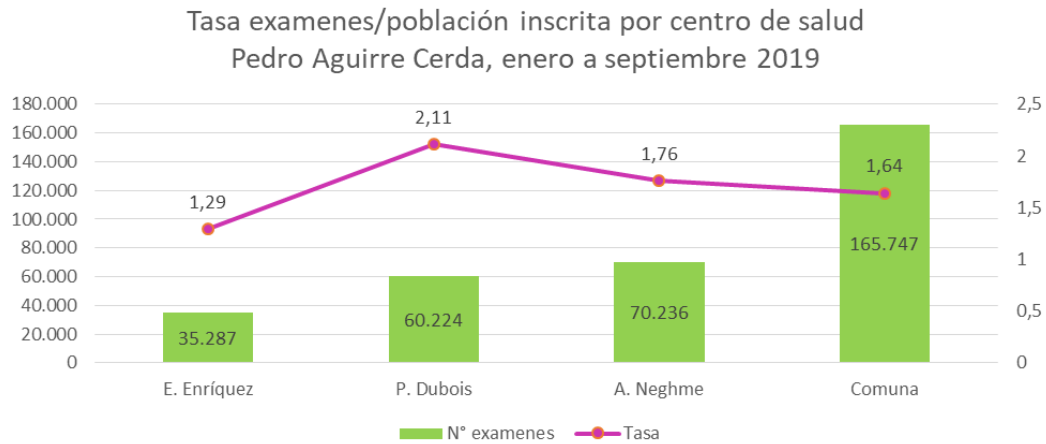
Fuente: Base de datos Excel con proyección a diciembre, Departamento de Salud 2019.

Costo de examen de laboratorio por persona/año, según población inscrita Pedro Aguirre Cerda 2012 - 2019 (proyectado a diciembre)



Fuente: Base de datos Excel con proyección a diciembre, Departamento de Salud 2019.

Al revisar la situación por Centro de Salud se observa que el CESFAM Padre Pierre Dubois tiene la tasa de exámenes más alta según población inscrita, correspondiendo a una tasa examen por inscrito año de 2,11, (mientras que el 2018 ascendió a 1,76). El CESFAM Dr. E. Enríquez obtiene la menor tasa con 1,29 (contra una tasa de 1,41 el 2018) y el CESFAM Dr. A. Neghme a pesar de que es el Centro que realiza el mayor número de exámenes obtiene una tasa de 1,76 (con un aumento respecto del 2018 en que su tasa fue 1,65). Las cifras están concordantes con las tasas de consulta médica observadas en cada centro.

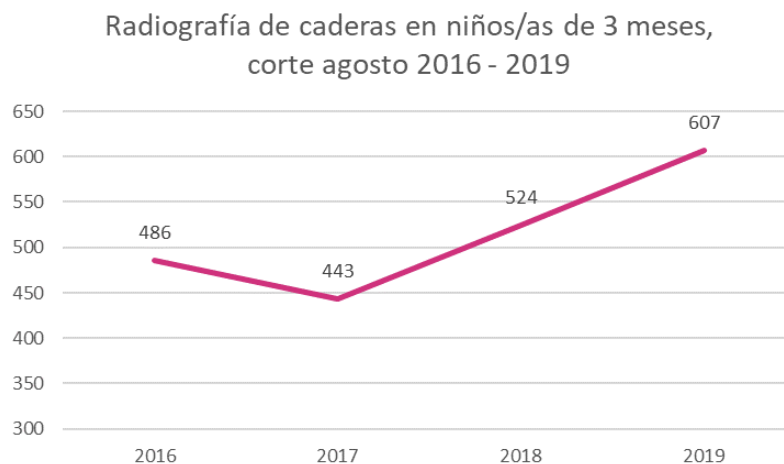


Fuente: Base de datos Excel, Departamento de Salud 2019.

## 7.9 PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

### 7.9.1 RADIOGRAFÍA DE CADERA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 3 MESES

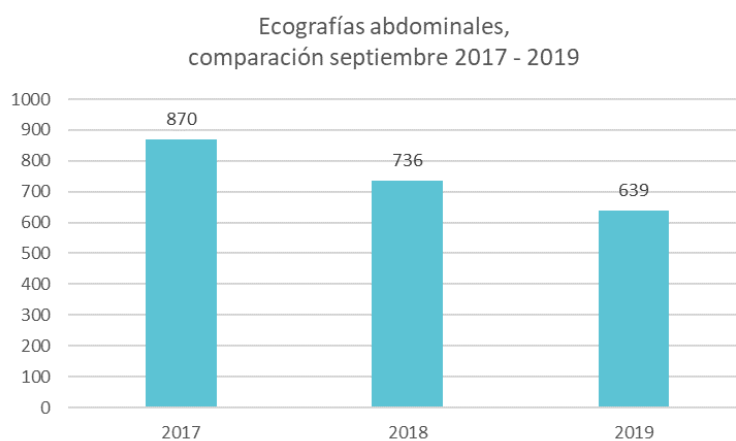
Desde hace un par de años se observa un aumento en la cobertura de esta prestación entregada a todos los niños/as de 3 meses en control en los centros de salud de la comuna. Debido a que el ingreso de recién nacidos no ha sufrido el mismo aumento se puede presumir que parte de este aumento de cobertura obedece a que los padres han optado por realizar este examen de salud en el Hospital Exequiel González Cortés y no en el extra sistema.



Fuente: Base de datos Departamento de Salud, 2019.

### 7.9.2 ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL

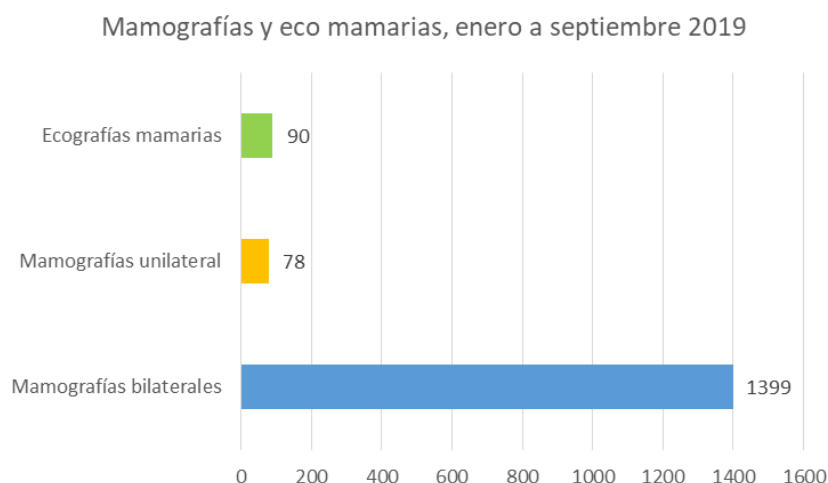
Este examen diagnóstico está dirigido a la pesquisa de patología biliar, con prioridad en la población adulta entre 35 a 49 años, dada su importancia como factor de riesgo en el cáncer vesicular. En los centros de salud de Pedro Aguirre Cerda se observa una tendencia a la baja en los últimos años, pese a la apertura a otros grupos de edad y al refuerzo de la utilización de esta herramienta en personas con sintomatología y factores de riesgo, lo que implica que se debe reforzar las estrategias al respecto, a fin de pesquisar oportunamente factor de riesgo e incorporar a la garantía GES.



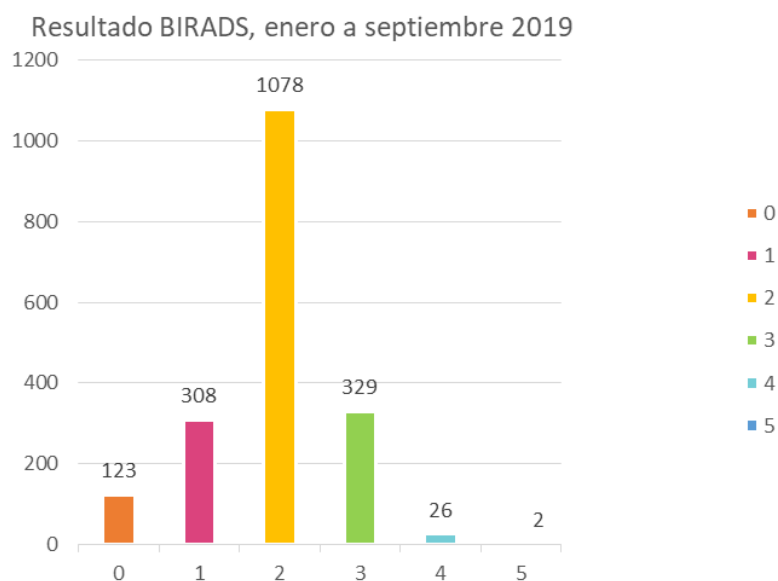
Fuente: Base de datos Departamento de Salud, 2019

### 7.9.3 MAMOGRAFÍAS

En el periodo de enero a septiembre de 2019 se han realizado 1866 exámenes de Imagenología mamaria, la mayor parte de ellos mamografías, de las cuales un 1,5% tuvieron un resultado birads 4 ó 5 requiriendo derivación a la red asistencial por observación de patología maligna. Las mamografías unilaterales y ecografías mamarias son solicitadas por el mismo laboratorio para profundizar estudio de las mamografías bilaterales que lo requieran.







## 7.10 PROGRAMA ODONTOLOGICO

### 7.10.1 CICLO INFANTIL

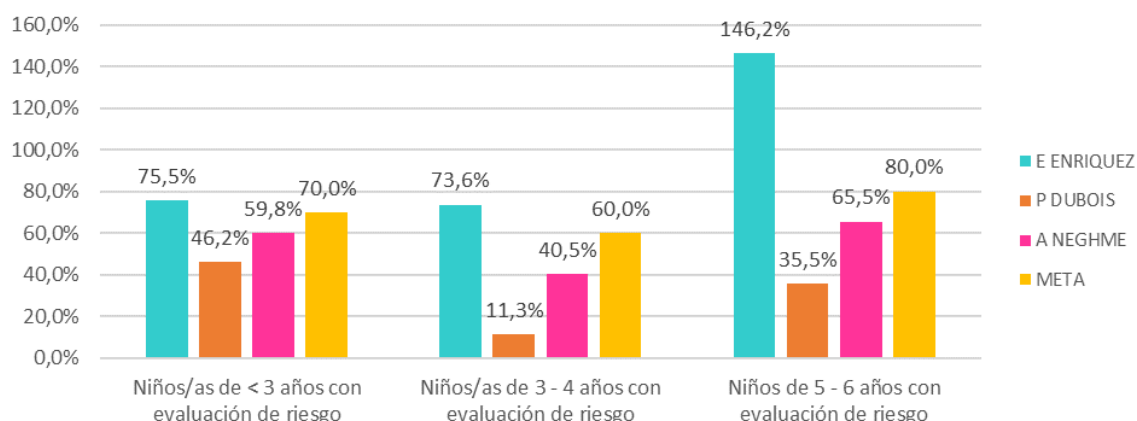
En esta parte del ciclo vital se implementan medidas sanitarias promocionales y preventivas que buscan mejorar la salud bucal en la población y mejorar el acceso a la atención odontológica.

Los programas odontológicos que actualmente se implementan en la comuna son:

- Programa CERO: Control con enfoque de riesgo odontológico que comienza a los 6 meses de edad y termina con el egreso de la población de 6 años.
- Programa Sembrando Sonrisas, programa preventivo que se realiza en los jardines infantiles y colegios municipalizados de pre Kinder y kinder
- GES Salud Oral a los 6 años

A continuación, se presentan algunos indicadores no revisados en los Indicadores del ciclo vital infantil.

### Cumplimiento Indicadores Programa CERO, a septiembre 2019

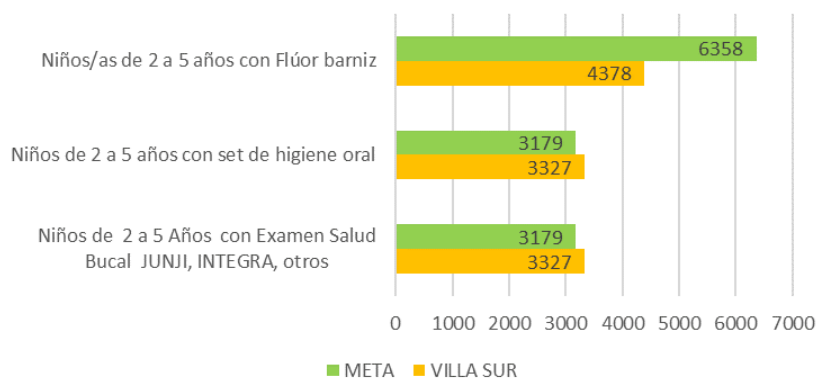


Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019.

Destaca el desempeño del CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, que a la fecha supera todas las metas. CESFAM Dr. Amador Neghme logrará cumplir sus metas dentro del año, mientras que CESFAM Padre Pierre Dubois debe implementar nuevas estrategias y reorientar sus esfuerzos para revertir la tendencia observada en todos los indicadores.

El Programa Sembrando Sonrisas, que se ejecuta en forma centralizada por el CEMO Villa Sur, ha cumplido a septiembre de 2019 con dos de los indicadores programados, debiendo reorientar sus recursos a cumplir con la meta de aplicación de flúor a niños y niñas entre 2 y 5 años.

### Cumplimiento Programa Sembrando Sonrisas, a septiembre 2019

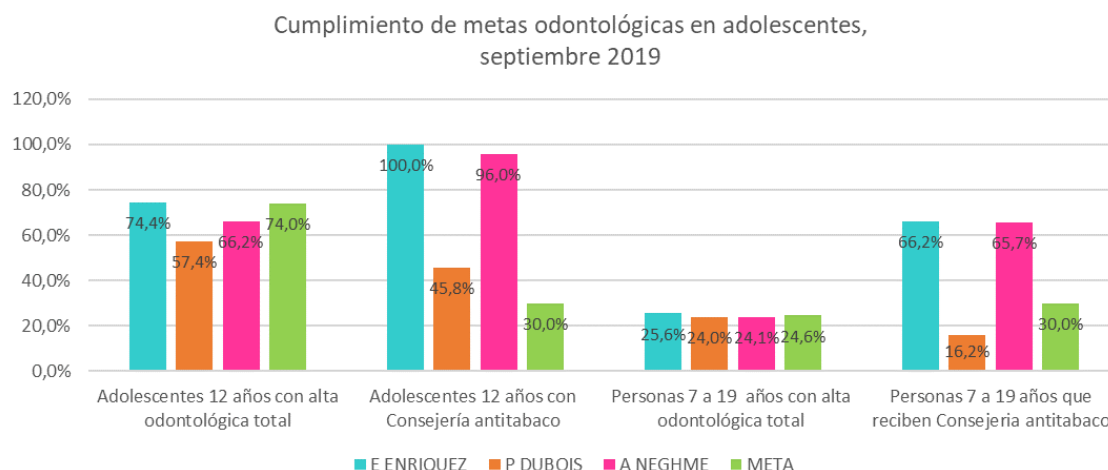


Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019.

#### 7.10.2 PROGRAMA ODONTOLÓGICO CICLO ADOLESCENTE

Se busca prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con actividades preventivas y curativas para caries y enfermedades gingivales y periodontales:

- Atención priorizada de atención odontológica a los 12 años, (Meta sanitaria)
- Atención odontológica a los menores de 20 años, (Meta IAAPS 7 a 19 años)
- Programa Odontológico Integral, componente: Atención odontológica a IV medios



Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019

Al revisar los indicadores, destaca el cumplimiento del CESFAM Dr. Edgardo Enríquez, que logra superar todos los umbrales de cumplimiento, tanto en los indicadores de metas nacionales como metas locales.

Los indicadores asociados a metas económicas: Sanitarias e IAAPS, se estima se cumplirán dentro del año, aunque CESFAM Padre Pierre Dubois debe reforzar sus estrategias en la atención con alta odontológica total de adolescentes de 12 años.

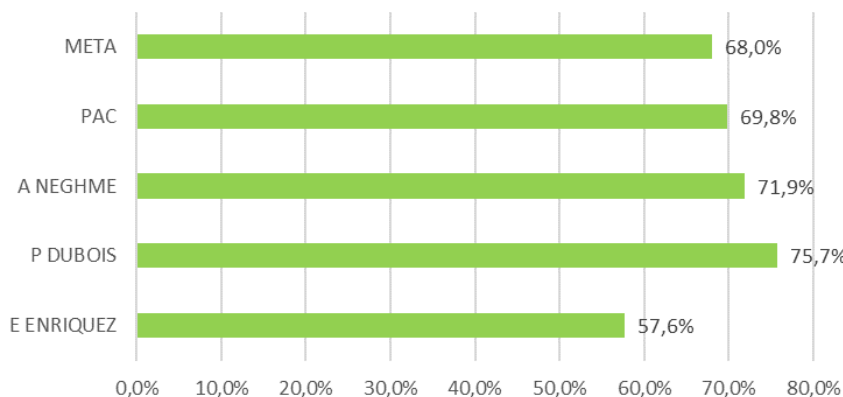
Respecto a la atención de adolescentes en educación media, el año 2019 la cobertura nacional se volvió a restringir a los IV medios retrocediendo a la apertura a los III medios hecha en 2018. En Pedro Aguirre Cerda este programa se ejecuta centralizadamente en el CEMO Villa Sur, que a septiembre ha superado el umbral de cumplimiento con un 119,2% de logro.

### 7.10.3 PROGRAMA ODONTOLÓGICO CICLO ADULTO Y ADULTO MAYOR

Las estrategias odontológicas incluidas dentro del Ciclo Adulto y Adulto Mayor son medidas sanitarias destinadas a la recuperación de la salud bucodental mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica.

- Atención de urgencia y morbilidad odontológica
- Programa de Hombres de Escasos Recursos.
- Atención de Especialidades “Prótesis dentales” y de “Endodoncia”.
- Programa para mujeres “Más sonrisas para Chile”.
- Programa de “Salud Oral de 60 años”.
- Atención odontológica de embarazadas.

### Altas Odontológica Total a Mujeres Gestantes, septiembre 2019



Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019

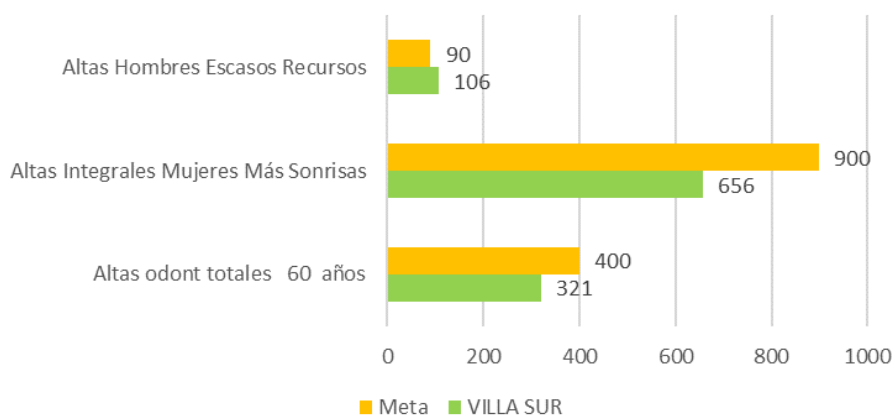
La atención odontológica de embarazadas es un indicador que se debe evaluar mes a mes, pues depende de los ingresos de gestantes. De acuerdo con el desempeño actual dos de los centros de salud superan la meta y el CESFAM Dr. Edgardo Enríquez aún puede alcanzar la meta en lo que resta del año.

La meta asociada a la garantía explícita en salud de alta odontológica a los 60 años tiene un 80% de cumplimiento, por lo que se espera que se logre durante el 2019.

El Programa Más Sonrisas para Chile que tiene como población objetivo las mujeres de grupos vulnerables priorizados, tiene un 73% de cumplimiento a septiembre, por lo que es necesario reforzar las estrategias para lograr la meta programada.

En cuanto al Programa Hombres de Escasos Recursos, que tiene una cobertura menor al otro programa con enfoque de género, su meta ya fue alcanzada a la fecha.

### Programas GES, Más Sonrisas para Chile y Hombres de escasos recursos, enero a septiembre 2019

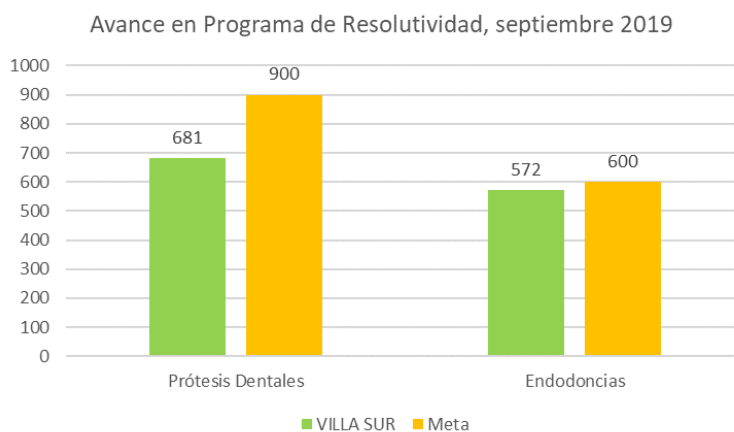


Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019

El Programa de mejoramiento del acceso a la atención odontológica tiene dos componentes:

- Resolución de especialidades odontológicas: Endodoncia y Prótesis
- Atención de Morbilidad odontológica para personas mayores de 20 años.

El primer componente se encuentra pronto a ser cumplido en su dimensión Endodoncia, pero en la dimensión de Prótesis dentales se requiere implementar nuevas estrategias para alcanzar el umbral establecido.



Fuente: Base de datos CEMO Villa Sur, 2019

En cuanto al componente Morbilidad Odontológica para personas mayores de 20 años, a septiembre existía un avance de un 74%, por lo que se rediseñó la estrategia de ejecución que estaba centrada en el CEMO Villa Sur y se amplió incorporando a los CESFAM, con lo que se espera alcanzar la meta 2019.

## 7.11 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL COMUNAL

El Programa de Rehabilitación Integral se materializa en Pedro Aguirre Cerda en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) Departamental Antiguco, CCR Villa Sur, Sala RBC Infanto-Juvenil y Sala de Rehabilitación Integral (RI) ubicada en el CESFAM Dr. Edgardo Enríquez Frödden. Incorpora los Programas de Apoyo Domiciliario Tránsito a la Vida Independiente para las personas en situación de dependencia y sus familias (TVI y TVI cuidadores).

En el último trimestre de 2019 se incorporará la Sala RBC del CESFAM Lo Valledor Norte, pero antes de su funcionamiento ya se ha comenzado a identificar a la población beneficiaria de su territorio, la que se atiende en los CCR.

Todos los centros y salas funcionan bajo la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), que puede ser analizada en tres líneas de acción:

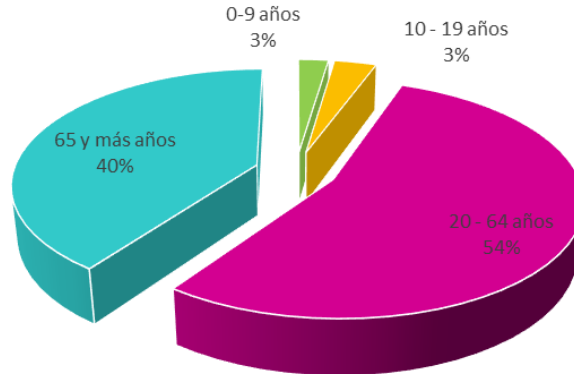
- Resolutividad y cobertura de atención,
- Desarrollo y Participación Comunitaria,
- Trabajo en red de Discapacidad.

## RESOLUTIVIDAD Y COBERTURA DE ATENCION

Entre enero a septiembre de 2019, 1.425 personas han ingresado al Programa de Rehabilitación Integral lo cual equivale a un 18,6% más que el año pasado en igual periodo, y los egresos también han aumentado en un 26,4%.

La mayor parte de los ingresos corresponde a adultos en edad laboral, seguidos por personas mayores de 65 años y en una proporción menor niños y adolescentes.

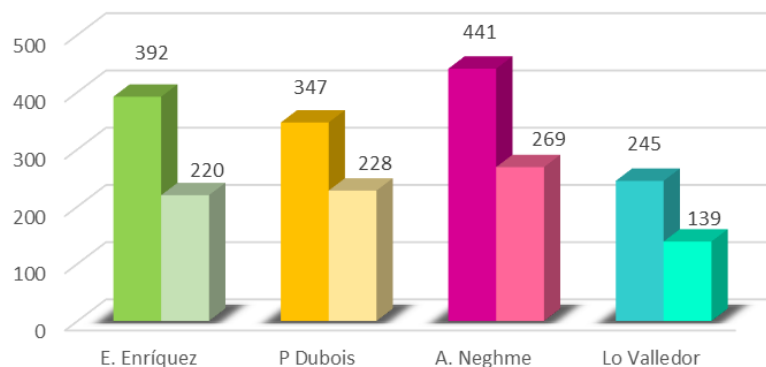
Grupos etarios de las personas ingresadas, entre enero a septiembre 2019



Fuente Registro Unidad de Rehabilitación PAC, 2019.

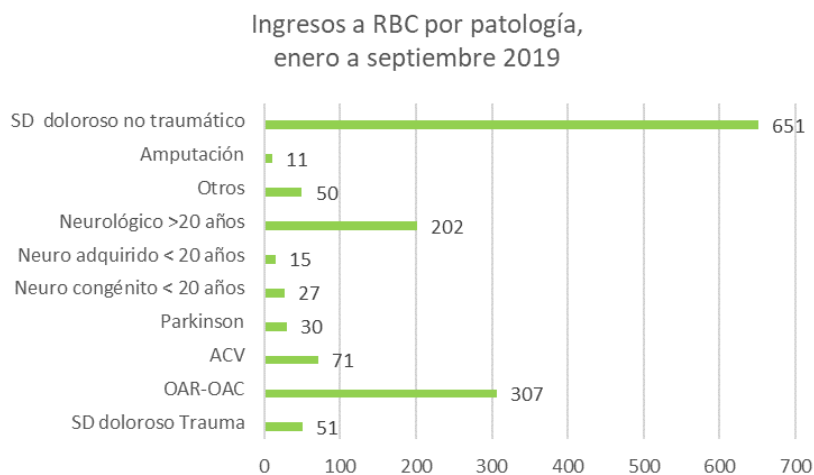
Las personas ingresan al programa por una o más patologías de origen musculoesquelético y /o neurológico, procedentes de los centros de salud familiar de la comuna. CESFAM Amador Neghme es el centro de salud con mayor número de derivaciones para ingreso (441 personas) lo que es esperable de acuerdo con su población inscrita, pero resulta interesante que un 18% de las personas ingresadas el 2019 correspondan a personas que habitan el territorio correspondiente al CESFAM Lo Valledor Norte (245 personas), que recién iniciará su funcionamiento bajo administración municipal en los próximos meses.

Ingresos y altas a RBC, enero a septiembre 2019



Fuente Registro Unidad de Rehabilitación PAC, 2019

En cuanto a la distribución de los ingresos por patología, las tres primeras causas son: síndromes dolorosos no traumáticos (46%), diagnósticos de artrosis de rodilla y/o cadera (OAR-OAC) que alcanzan el 21,7% de los ingresos, y otros déficits con compromiso neuromuscular en personas mayores de 20 años con un 14,3%. Patologías que coinciden con el hecho que la mayor parte de las personas atendidas son adultos o personas mayores.



Fuente Registro Unidad de Rehabilitación PAC, 2019

En la población bajo control Infanto-Juvenil las principales causas de ingreso son: déficit con compromiso neuromuscular congénito (31%), Síndromes dolorosos no traumáticos (30%), déficit con compromiso neuromuscular adquirido (16%), y Síndromes dolorosos traumáticos (14%).

La mayoría de los ingresos por síndromes dolorosos son usuarios adolescentes que, debido a su proceso de desarrollo, adquisición de vicios posturales y modo de vida poco saludables (sedentarismo), se encuentran más propensos a adquirir lesiones de este tipo. Por otro lado, cabe destacar que gran parte de nuestros usuarios con patologías neurológicas también presentan enfermedades musculo esqueléticas asociadas a su patología de base. Esto implica que la atención sea coordinada dentro del equipo y con diversos enfoques de tratamiento para cubrir las necesidades del usuario y su familia.

Los compromisos contraídos para 2019 en esta línea de resolutivez y cobertura de atención se han cumplido en su mayoría, restando sólo la meta asociada a disminuir el riesgo de amputación en pacientes con pie diabético, a través de la evaluación de kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional.

#### DESARROLLO Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

A septiembre de 2019, ya se han cumplido las actividades programadas para alcanzar los dos objetivos propuestos: establecer alianza estratégica con organismos comunales y/o extra comunales en beneficio de la estrategia RBC, y Trabajo con agrupaciones de Adultos mayores y/o personas en situación de discapacidad.

#### TRABAJO EN RED DE DISCAPACIDAD

Las actividades planteadas en esta línea también se han cumplido a la fecha:

- Talleres de deporte adaptado con las personas con discapacidad de la comuna

- Mesas técnicas mensuales con el programa de discapacidad de la comuna con el fin de abastecer banco comunal de ayudas técnicas y establecer ejes de intervención en conjunto.
- actividades de fomento de inclusión y participación social

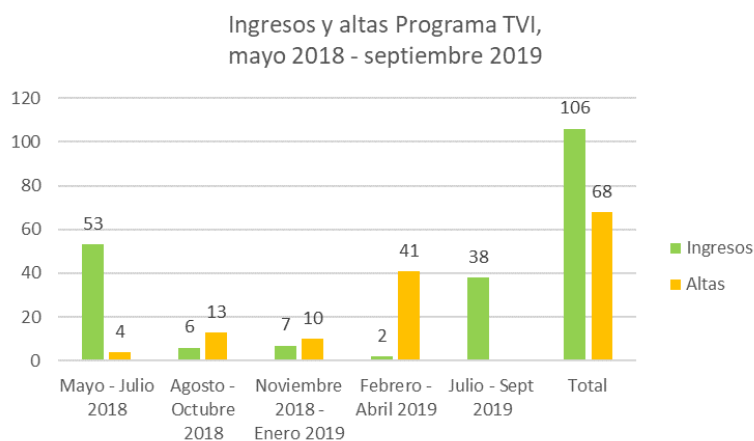
#### PROGRAMA TRÁNSITO A LA VIDA INDEPENDIENTE (TVI)

Los Programas Tránsito a la Vida independiente, tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad. A través de:

- Servicios de apoyo de cuidado y asistencia que requiere una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Dependiendo de las necesidades y preferencias personales.
- Servicios de apoyo de intermediación que requiere una persona con discapacidad para participar en el entorno social, laboral, educacional, entre otros.
- Adaptaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades.

Consiste en entregar acceso a personas en situación de discapacidad y/o dependencia y sus cuidadores a rehabilitación integral en el domicilio, con un enfoque biopsicosocial desde una perspectiva familiar y comunitaria, incorporando un enfoque de derecho y género.

Los programas están dirigido a personas entre 18 y 59 años, en situaciones de discapacidad y dependencia en cualquier grado, pertenecientes en la comuna de Pedro Aguirre Cerda, buscando fomentar el control y toma de decisiones que debe tener las personas con discapacidad para influir y elegir sobre los aspectos de su vida en igualdad de condiciones y a su cuidador principal.

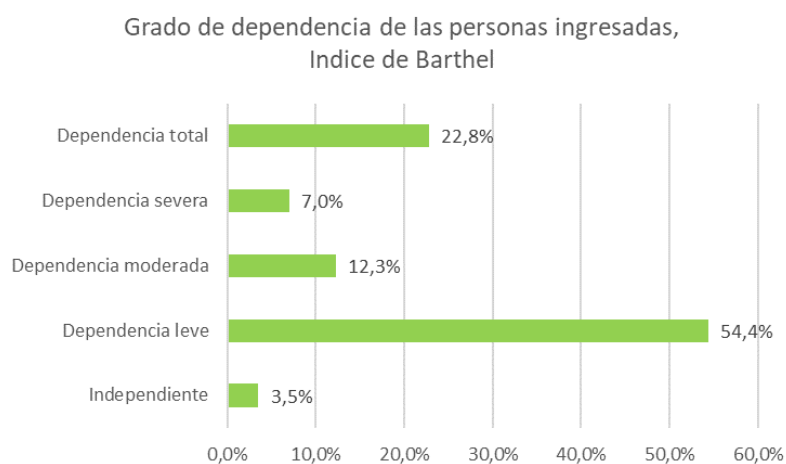


Fuente Registro Unidad de Rehabilitación PAC, 2019

Durante el periodo mayo 2018 a abril 2019, ingresaron al programa 68 personas en total, la mayoría de ellas con dependencia leve, que además reportaron problemas en las siguientes áreas:

- 56.25% sensoriales,
- 34.37% cognitivo intelectual,
- 23.43% mental/psíquico,
- 46.87% del habla y la deglución,
- 55.68% emocional.





Fuente Registro Unidad de Rehabilitación PAC, 2019

El programa exhibe un promedio de 37,3 visitas domiciliarias por persona ingresada:

- 15,7 visitas domiciliarias de cuidadores (Respiro)
- 7,9 visitas domiciliarias de kinesiólogo
- 6,8 visitas domiciliarias de terapeuta ocupacional
- 5,8 visitas domiciliarias de Técnico de Enfermería Nivel Superior (TENS)
- 1 visita domiciliaria de psicólogo

El convenio con el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) fue renovado por un nuevo periodo julio 2019 a mayo 2022, ingresando 38 personas en estos tres meses. El 70% derivadas por patologías neurológicas, el 19% con patologías de Salud Mental, y el 11% restante con patologías degenerativas.

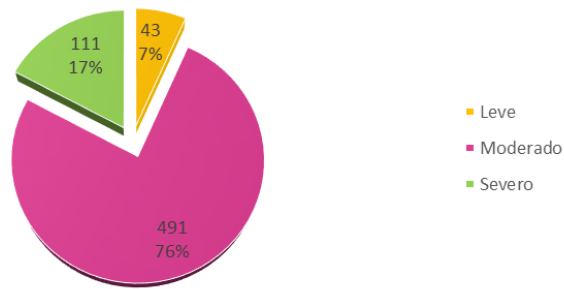
## 7.12 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM)

Entre enero y septiembre de 2019 han ingresado al Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) 645 personas, 279 mujeres (43%) y 376 hombres (57%), manteniendo la tendencia observada de mayor número de ingresos masculinos asociados al consumo problemático de alcohol y/o drogas. En este periodo esta causa explica el 49% de los ingresos, debido a que COSAM es centro de referencia comunal para este problema de salud.

En la población bajo control esta predominancia masculina se revierte, ya que el 56% de las personas en tratamiento son mujeres (585) y un 44% hombres (459 personas). Esto se relaciona con los diferentes problemas de salud y la adherencia al tratamiento, en la población en tratamiento el diagnóstico más frecuente es Trastorno Bipolar y Esquizofrenia (25% del bajo control), bajando el porcentaje de pacientes con consumo problemático de alcohol y/o drogas, cuyo perfil presenta más recaídas y abandono de tratamiento.

Otro aspecto relevante de observar es la complejidad del trastorno de salud mental, dado por el compromiso biopsicosocial al momento del ingreso, en este punto se repite la distribución de años anteriores, el mayor número de los ingresos tiene un riesgo biopsicosocial moderado, seguido por el grupo con riesgo severo, que disminuyó respecto a igual periodo de 2018.

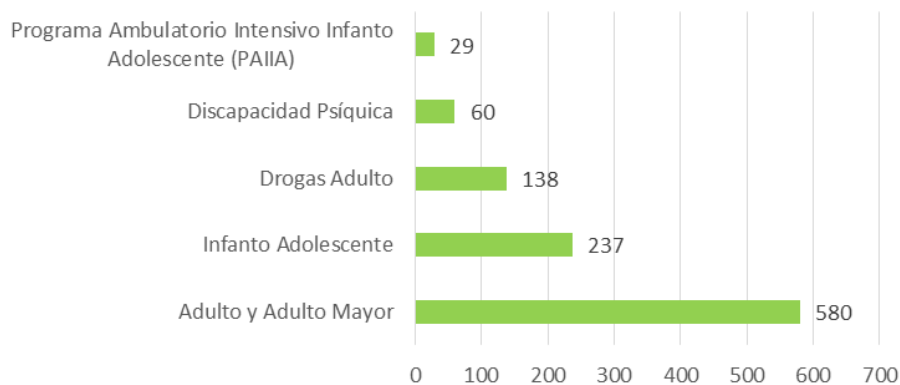
Compromiso biosicosocial al ingreso a COSAM, enero a septiembre 2019.



Fuente: Registro Estadístico COSAM, 2019.

Lo anterior plantea la necesidad de continuar trabajando con la red local para reducir la derivación de personas con baja complejidad, y aumentar el porcentaje de personas con alta complejidad atendidos en COSAM.

Distribución población bajo control por programas COSAM, septiembre 2019



Fuente: Registro Estadístico COSAM, 2019

La distribución de la población bajo control en los diferentes programas de COSAM muestra que:

- Adulto y Adulto Mayor es el programa más numeroso, 55% del total de personas en tratamiento se atienden en él, representando las personas mayores un 26% de los usuarios en el programa (148 personas). Los diagnósticos más frecuentes en este grupo son trastorno bipolar y esquizofrenia.
- Infanto – adolescente, representa el 23% del bajo control, tiene como diagnósticos principales los trastornos del comportamiento y de las emociones, alcanzando el 44% de los diagnósticos de este grupo. Esto ha demandado coordinaciones con el intersector, especialmente con Red SENAME y programas de Seguridad Pública: Convivencia escolar y PIE.
- La Comunidad Terapéutica de Rehabilitación del consumo de alcohol y/o drogas para adultos y la Comunidad de personas con trastornos psiquiátricos severos representan el 13% y 6% respectivamente. El trabajo en modalidad de comunidad implica una alta concentración de actividades por usuarios, el trabajo grupal es de mayor intensidad, las personas en general asisten de tres a 5 días con un mínimo de tres horas en promedio.

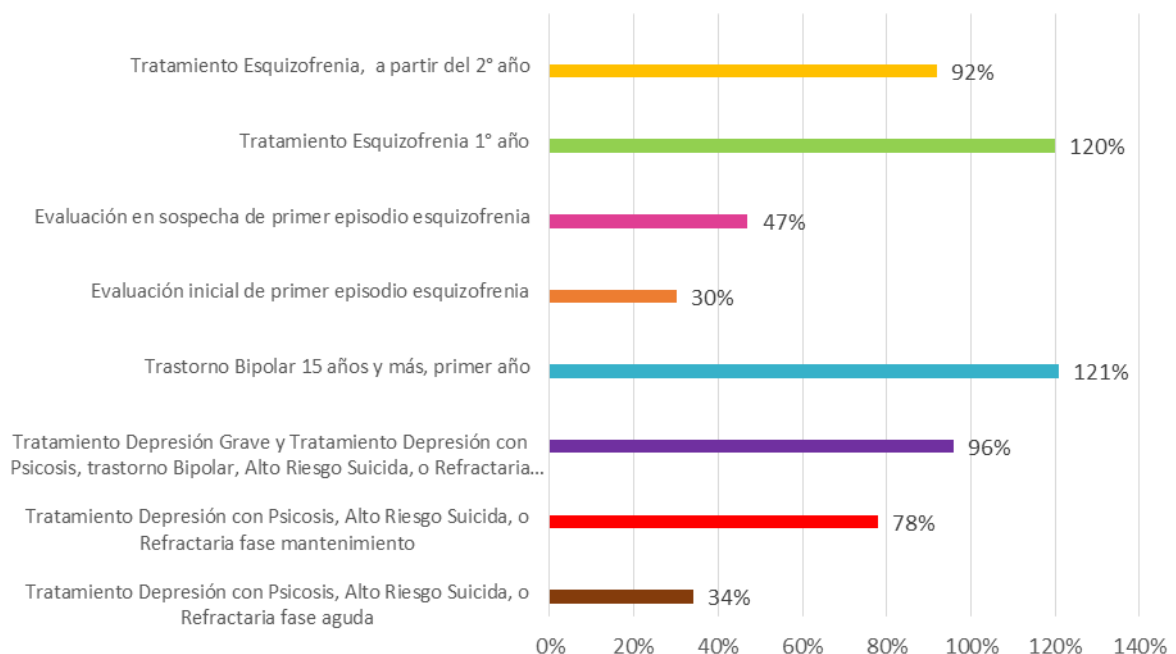
- El programa de tratamiento a Adolescentes con consumo problemático y / o dependencia, constituye un 3%.

## CONVENIOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Actualmente COSAM trabaja con dos convenios para atención en salud, que se traducen en planes de tratamiento anuales, con valoración financiera por parte de FONASA:

- Con el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) para la atención de personas con trastornos siquiátricos y/o problemas de salud mental de mediana a severa complejidad con Garantías explícitas en Salud (GES) y No GES
- Con SENDA/MINSAL para la atención de personas con consumo problemático y perjudicial de alcohol y/o drogas.

### Cumplimiento Planes de tratamiento GES, septiembre 2019



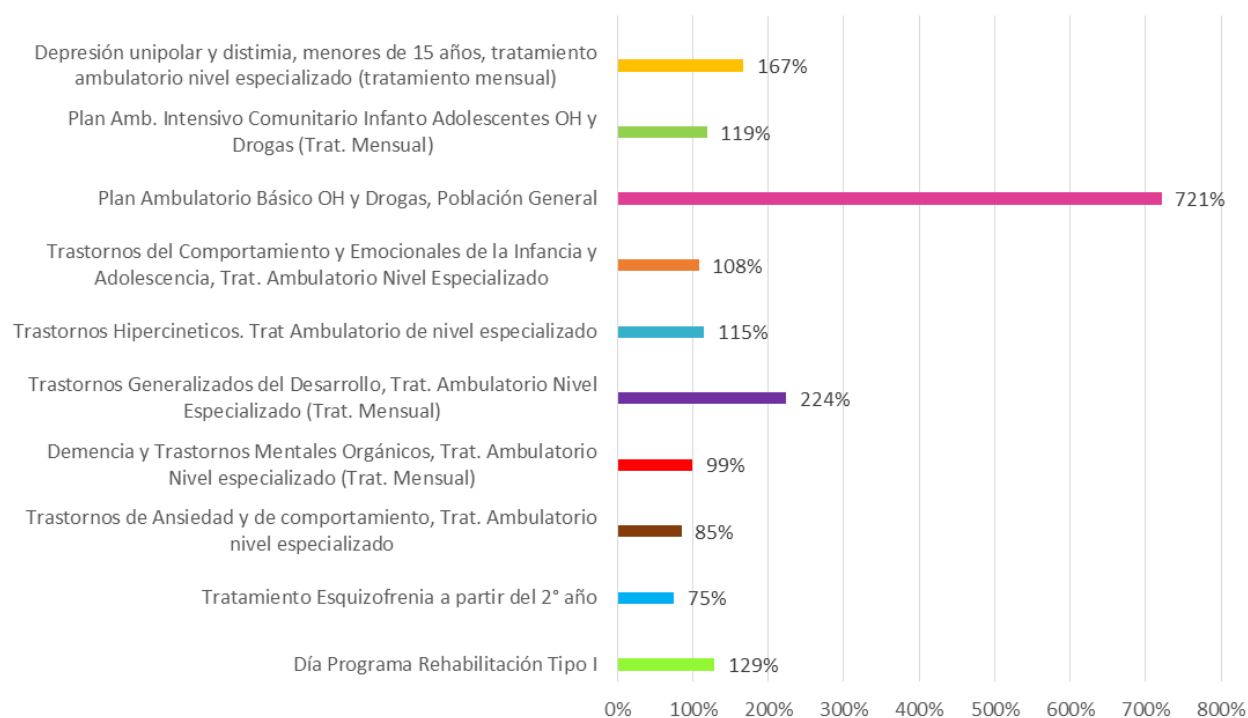
Fuente: Registros estadísticos COSAM, 2019

Se esperaría que el cumplimiento de las coberturas programadas en general estuviera cercado al 75% en septiembre. Pero se observa un comportamiento dispar:

- dos garantías que tienen un sobrecumplimiento: Tratamiento de esquizofrenia primer año y tratamiento de Trastorno bipolar primer año.
- tres garantías con muy bajo cumplimiento: Evaluación inicial de Primer episodio de esquizofrenia; Depresión con Psicosis, alto riesgo suicida o refractaria en fase aguda; Evaluación en sospecha de primer episodio esquizofrenia.

Situación que obedece a que el convenio no cubre la demanda real, produciéndose entonces un “sobre rendimiento”, y por otro lado define cupos para algunas patologías que no están relacionados con las prevalencias nacionales, por lo que el cumplimiento se asocia con las incidencias detectadas.

### Cumplimiento de Tratamientos No GES, septiembre 2019



Fuente: Registros estadísticos COSAM, 2019

En los planes de tratamiento asociados a patologías no cubiertas por garantías explícitas en salud (No GES) se observa un nivel de cumplimiento de planes de tratamiento muy por sobre lo esperado todos los problemas de salud, por la misma razón anterior, el convenio sólo cubre parte de la demanda, siendo el resto igualmente atendida por este dispositivo municipal.

El convenio SENDA–MINSAL muestra porcentajes de cumplimiento de los planes de tratamiento está en los rangos esperados a la fecha.

Planes de tratamiento para población con consumo problemático de alcohol y drogas	Meta	Total Ingresado	Porcentaje de cumplimiento
Población General Ambulatorio Intensivo	264	194	75%
Población Mujeres Ambulatorio Intensivo	180	135	75%
Población Infanto - Adolescente Plan Ambulatorio Intensivo	96	72	75%

Fuente: Estadísticas COSAM, 2019.

## ATENCIÓN DE PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS/NIÑAS Y JÓVENES

Meta	Número	Cumplimiento	Porcentaje
1.-El 90% de los usuarios bajo control cuentan con Plan de Tratamiento Individual.	237	73	31%
2.-Realizar 2 talleres de Habilidades sociales para usuarios con diagnóstico de Espectro autista y sus familias.	2	2	100%
3.-Realizar 2 intervenciones psicoeducativas en establecimientos educacionales relacionados con sexualidad y construcción de identidad de género.	2	0	0%
4.-El 90% de los usuarios ingresados al Programa cuentan con evaluación y/o intervención familiar.	237	115	49%
5.-Alcanzar un 10% de las altas terapéuticas	237	24	10%
6.-Realizar feria de la Salud Mental.	1	0	0%
7.-Al 100% de los casos de riesgo de intento suicida se realiza estudio de familia.	12	12	100%

La meta relacionada con intervenciones psicoeducativas en establecimientos educacionales relacionados con sexualidad y construcción de identidad de género no logra ejecutarse por dificultades por aumento de demanda de atención y dar respuesta a casos severos.

Con respecto a la meta relacionada con Feria de Salud Mental, esta se ejecutó el día 10 de octubre en el contexto del día de la salud mental.

## ATENCIÓN A POBLACIÓN INFANTOJUVENIL CON CONSUMO PROBLEMÁTICO Y/O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/U OTRAS DROGAS.

Si bien la meta relacionada con la Realización de 2 encuentros juveniles en los que se aborde el tema de consumo no se ha cumplido a la fecha, se cuenta con dos actividades en las que se pretende lograr dar cumplimiento al 100% de lo propuesto (dos encuentros con jóvenes para abordar el tema del consumo de alcohol y drogas), Esta actividad está programada para mediados de Octubre y la participación de PDA está confirmada, de modo que se da por sentado la realización de este encuentro.

ATENCIÓN DE PROBLEMAS Y/O TRASTORNOS DE SALUD MENTAL DE ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

Meta	Número	Cumplimiento	Porcentaje
1. El 90% de las personas bajo control cuentan con Plan de Tratamiento Individual (PTI). (100% = 562)	580	289	50%
2. El 100% de usuarios derivados de atención terciaria (UCE, Urgencia, Hospital de día) reciben atención integral acorde a evaluación de compromiso biopsicosocial	52	52	100%
3. 10% de usuarios bajo control reciben alta terapéutica Integral.	580	55	10 %
4. 60% bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes.	580	218	38%
5. 30% de los usuarios bajo control reciben evaluación y/o intervenciones familiares.	580	65	11 %
6. Dos intervenciones psicosociales grupales de 4 sesiones a usuarios bajo control que se atienden en el programa.	2	0	0
7. Un taller de funcionamiento semanal de marzo a diciembre dirigido a usuarios bajo control, con dificultades de habilidades sociales, integración social y/o funcionalidad.	1	1	100%
8. Una jornada de sensibilización y difusión a la comunidad, en el marco de la conmemoración del día de la salud mental.	1	1	1
9. Dos jornadas de autocuidado del equipo, dirigidas a la prevención del burnout.	2	1	50%

Este año se priorizo dar respuesta a la alta demanda asistencial destinando recursos a la atención versus a la intervención grupal, entre otros motivos por los cuadros agudos y el aumento del Bajo control.

## ATENCIÓN A PERSONAS CON CONSUMO A ALCOHOL Y/O DROGAS

Meta	Número	Cumplimiento	Porcentaje
1.- 90% de las personas bajo control poseen PTI.	138	76	55%
2.- 65% de los usuarios disminuyen patrón de consumo.	138	103	75%
3.- Alcanzar un 10% las altas terapéuticas	138	28	20%
4.- 80% de las personas bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes	138	57	41%
5.- Efectuar 90 sesiones grupales con participación de la familia de los usuarios	90	39	43%
6.- Realizar 1 capacitación sobre temáticas asociadas al consumo de sustancia para la APS.	1	1	100%
7.-Mantener un espacio de asamblea de participación de los y las usuario/as quincenal de Marzo a Diciembre	20	20	100%
8.-Realizar 3 talleres en espacios comunitarios sobre temáticas asociadas al consumo de sustancias.	3	0	0%

Los talleres en espacios comunitarios sobre temáticas asociadas al consumo de sustancias programados se encuentran en proceso de planificación. Los talleres debiesen estar realizados al mes de noviembre.

## ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SÍQUICA E INTELECTUAL

Meta	Número	Cumplimiento	Porcentaje
1.-El 100% de las personas bajo control cuentan con planes de tratamiento individual (PTI)	60	50	83 %
2.-Realizar evaluación de Terapia Ocupacional al 80% de los usuarios bajo control del programa según norma técnica.	60	38	63 %
3.- Realizar Intervención Familiar al 80% de los usuarios bajo control del programa según norma técnica	60	21	35 %
4.-70% de los usuarios bajo control se mantienen en intervención de Rehabilitación psicosocial	60	49	82 %
5.- Realizar 4 encuentros de trabajo con familiares y/o figuras significativas de los usuarios bajo control.	4	12	300 %
6.-Participar de 2 instancias comunitarias de deporte adaptado, que favorezcan inclusión social de los usuarios de la comunidad que participan de instancias grupales.	0	0	0%

## VIII PLANIFICACIÓN 2020 POR CICLO VITAL Y ÁREAS TRANSVERSALES

### 8.1 PLANIFICACION 2020 CICLO VITAL INFANTIL

Los equipos de salud de los CESFAM son parte importante de la red pública de salud, los cuales acompañan a las personas desde el nacimiento, de forma integral, a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (CHCC). El objetivo del Programa Ciclo Vital Infantil es lograr que los niños y niñas desarrollen con sus familias hábitos de vida saludable, adhieran a los programas preventivos, tratamiento y rehabilitación, según sean requeridos, para que crezcan y desarrollen habilidades que les permitan vivir felices y en armonía.

El desafío del ciclo para el año 2020 es el trabajo con el intersector y su impacto en la salud de los niño/as, es así como se dará un nuevo enfoque a las atenciones de los escolares de la comuna. Se trabajara en la construcción de una mesa de trabajo salud-educación, de ejecución y de seguimiento por evaluaciones del programa salud escolar. Incorporar al ciclo infantil en la política deportiva comunal denominada "sedentarismo cero", donde se realizarán acciones promocionales y preventivas en colegios prioritarios de la comuna (mayor índice de malnutrición por exceso, alta vulnerabilidad social, trabajo colaborativo y compromiso de gestión desde la dirección del establecimiento)

#### OBJETIVO GENERAL

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

Esta programación tiene como Objetivos de Impacto, los siguientes:

- Aumentar los niños/as y familias con factores protectores para la salud.
- Promover el desarrollo normal infantil, con el fin de disminuir el riesgo de presentar algún tipo de alteración.
- Detectar y tratar en forma oportuna las alteraciones del desarrollo y/o patologías.
- Mantener o disminuir la prevalencia de Obesidad Infantil.
- Mantener los logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación.
- Mantener la tasa de mortalidad proyectada por IRA.
- Detectar en forma oportuna los trastornos de salud mental infantil, entregando un tratamiento oportuno e integral a estos niños(as).
- Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 9 años, con énfasis en los más vulnerables
- Identificar los niños/as y familias con factores de riesgo biopsicosocial, para su intervención
- Promover una sexualidad saludable en la comunidad escolar.



## AREA PROMOCION

### I.-Objetivo de Impacto:

- Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil

### Objetivo Específico N° 1:

- Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños (as), dirigido a la comunidad escolar.

### Objetivo Especifico N° 2:

- Promover una sexualidad saludable en la comunidad escolar.

### META:

- Realizar 5 talleres en ámbito de promoción: 3 Talleres de promoción en salud mental, en temas de inclusión y buen trato, de estos, 2 son realizados por equipo de salud en colegios del territorio de los CESFAM de la comuna y uno es realizado por equipo de Vida Sana.
- 2 Talleres de educación sexual integral realizados por matronas de cada CESFAM de la comuna.
- 80% del equipo de salud de cada CESFAM que realiza consulta o controles en el ciclo de infancia capacitados en el ámbito de la sexualidad.

### ACTIVIDAD

- Talleres de promoción de la salud mental en el ámbito educacional (Coordinación con Vida Sana) y Talleres de sexualidad en el ámbito educacional.
- Equipo de matronas de la comuna, realizan capacitación en sexualidad al equipo de salud.

### INDICADOR

$\frac{\text{Nº de talleres realizados}}{\text{Nº de talleres programados}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de funcionarios capacitados en sexualidad}}{\text{Nº de funcionarios que realiza consulta o controles en el ciclo de infancia capacitados en el ámbito de la sexualidad}} \times 100$

Nº de funcionarios que realiza consulta o controles en el ciclo de infancia capacitados en el ámbito de la sexualidad.

### II.-Objetivo de Impacto:

- Mantener o disminuir la Malnutrición por exceso Infantil

### Objetivo específico N°1:

- Aumentar la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en niñas(os) hasta el 6º mes de vida

### META:

- Lograr el 60 % de lactancia materna exclusiva en el 6º mes de vida en los CESFAM de la comuna.

### ACTIVIDADES

- Controles de salud hasta los 6 meses con fomento de LME por todo el equipo de salud.
- Consulta de Lactancia Materna espontánea.

- Sensibilizar al equipo de salud en tema lactancia materna.
- Entrega de guías anticipatorias de Lactancia Materna desde control prenatal y en controles de salud de los niños/as
- Favorecer el uso del cojín de lactancia
- Fortalecer adherencia a talleres prenatales
- Visita domiciliaria integral antes de las 72 horas post alta a primigestas y mujeres post parto con dificultad en la lactancia
- Mantener capacitado a lo menos al 80 % de los funcionarios en Lactancia Materna.
- Estandarizar las salas de lactancia de los CESFAM de la comuna

#### INDICADORES

N° niños-as de 6 meses con Lactancia Materna Exclusiva x 100

N° Total de niños-as de 6 meses controlados en el periodo

#### Objetivo específico N° 2:

- Promover la adquisición temprana de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, como factores protectores en la prevención de obesidad y sobrepeso.

#### METAS

- Realizar taller por Nutricionistas de cada CESFAM al 50% de padres y o cuidadores de los niños/as con pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso alterada aplicada en los controles de salud.
- Realizar 4 reuniones de coordinación (salud-educación)

#### ACTIVIDADES:

- Taller de promoción de hábitos alimentarios saludables a padres y/o cuidadores de niños con factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso
- Coordinación y planificación de las evaluaciones de niños y niñas de jardines infantiles JUNJI-VTF (vida sana ,Comse,CESFAM)
- Participación del equipo de salud y equipo de vida sana en celebración del día de la familia en colegios prioritarios de la comuna ( 1 colegio por cada CESFAM según territorio)
- Establecer reuniones periódicas con los colegios para el acompañamiento y seguimiento de los casos de riesgo detectados
- Distribución en cada CESFAM según territorio de los colegios , jardines infantiles, escuelas especiales y escuelas de lenguaje
- Control de salud escolar realizado por enfermeras y Tens de cada CESFAM

#### INDICADORES

N° de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) con riesgo de malnutrición por exceso que asisten a taller \_\_\_\_\_ x 100

N° de niños(as) con pauta alterada de malnutrición por exceso

Reuniones Salud educación realizada \_\_\_\_\_ x 100

Reuniones programadas

## AREA PREVENCIÓN

### I.-Objetivo de Impacto:

- Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil

### Objetivo Específico N° 1:

- Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo Biopsicosocial de niñas y niños, mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil

### METAS

- Mantener el porcentaje de inasistencia a controles de salud menor al 10% en menores de 10 años.

### ACTIVIDADES

- Rescate de población insistentes a los controles de salud en menores de 10 años, tanto por contacto telefónico como en la consulta de morbilidad, sala IRA, entrega de PNAC, vacunatorio, dental, salas de estimulación, tratamiento, etc.
- Controles de salud realizado en establecimientos educacionales a niñas y Niños de kínder a cuarto básico.

### ESTRATEGIAS:

- Jefes de sector monitorean asistencia a controles de salud de los niños/as de su territorio y coordinan acciones de rescate.
- Rescate activo en niños y niñas que asisten a diario a vacunatorio, control odontológico, servicio social, sala IRA, atención de morbilidad, CCR, COSAM, vida sana, salud escolar y atención de urgencia, entre otras.
- Jefe de sector deberá re-direccionar horas para dar cupos a inasistentes recitados.
- Iniciar implementación de tarjetero infantil electrónico en los CESFAM de la comuna.

### INDICADORES

- $$\frac{\text{Nº de niños (as) insistentes a control de salud}}{\text{Nº de niños (as) bajo control}} \times 100$$

### Objetivo Especifico N° 2:

- Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño (a) sano.

### METAS

- 90% niños y niñas de 8 meses de edad con EEDP en el control de salud.
- 90 % de los niños de 12 meses se aplica pauta breve en el control de salud
- 90 % de los niños y niñas de 24 meses bajo control se aplica pauta breve en el control de salud
- 90% de niños y niñas de 3 años de edad bajo control con aplicación TEPSI.

### ACTIVIDADES –

- Control de salud a los 8 meses con aplicación de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP).
- Control de salud a los 12 y 24 meses con aplicación de pauta abreviada de EEDP.
- Control de salud a los 3 años de edad con aplicación de TEPSI.
- Participación de TENS de CESFAM en programa de salud escolar.
- Control de salud escolar de kínder a cuarto básico se realiza por Enfermera y Tens de cada CESFAM.

#### INDICADORES

N° de niños/as con controles de 8 mes con EEDP aplicado x 100

N° Total de niños y niñas de 8 meses bajo control

N° de niños/as con controles de 3 años con TEPSI aplicado x 100

N° Total de niños y niñas de 3 años bajo control

N° de niños/as con controles de 12 meses con Pauta breve aplicada x 100

N° Total de niños y niñas de 12 meses bajo control

N° de niños/as con controles de 24 meses con Pauta breve aplicada x 100

N° Total de niños y niñas de 24 meses bajo control

#### II.-Objetivo de Impacto:

Mantener cobertura de inmunización en población susceptible infantil

Objetivo específico N°1:

- Reducir la carga de enfermedad inmunoprevenibles.

#### METAS

- 90% de los niños(as) de 1 año con esquema completo de vacunas contra: h. influenza, hepatitis B, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis y Neumocócica conjugada.
- 90% de los niños(as) de 1 año con vacuna tres vírica (SRP).
- 90% de los niños/as de 1º básico con vacunas SRP y dTpa (difteria, tétanos y pertussi).
- 90% de las niñas/os que cursan 5º básico presentan esquema completo vacuna contra el virus papiloma humano (VPH).

#### ACTIVIDAD

- Vacunación según calendario PNI vigente.

#### ESTRATEGIAS

- Coordinación de todas las unidades del CESFAM, para identificar los niño/as insistentes a control sano y/o con esquema de vacunas incompleto.
- Rescate de insistentes a control sano y a vacunatorio.
- Coordinación con sala cuna, jardines infantiles y colegios.
- Capacitación y actualización del personal en tema de inmunización.
- Registro de rechazo informado de vacuna anti influenza en mayores de 6 meses.

#### INDICADORES

N° niños-as de 1 año con esquema completo (Hexavalente + Neumocócica) según PNI x 100

N° Total de niños-as de 1 año de edad de la comuna

N° niños-as de 1 año vacunados con tres vírica (SRP) x 100

N° Total de niños-as de 1 año de edad de la comuna

N° niños-as de 1º básico con vacuna SRP y dTpa administrada x 100

N° Total de niños-as matriculados en 1º básico de la comuna

N° niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico x 100  
Nº Total de niñas matriculadas en 4º básico de la comuna  
Nº de niños(as) con vacuna de Influenza administrada x 100  
Nº de niños(as) BC en Programa IRA

III.-Objetivo de Impacto:

- Mantener la tasa de mortalidad proyectada por IRA

Objetivo Específico 1:

- Disminuir hospitalización por neumonía en los niños y niñas de 0 a 9 años.

METAS:

- 100% de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave, reciben visita domiciliaria.
- Visita domiciliaria integral y estudio de familia al 100% de los niños hospitalizados por Neumonía
- 30% de madres, padres y /o cuidadores de niños(as) < de 1 año BC ingresan a educación grupal en prevención de IRA

ACTIVIDADES:

- Visita domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir por neumonía grave.
- Identificar carnet de control sano niños de riesgo para facilitar la prioridad de atención
- Visita domiciliaria integral y estudios de familia
- Seguimiento en equipo de cabecera de niños(as), menores de 7 meses con Score IRA grave
- Seguimiento en equipo de cabecera de niños(as), < de 1 año con altas hospitalarias por NAC
- Taller en prevención de IRA para los niños (as) menores de 1 año bajo control.

INDICADORES:

- N° de niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave que reciben visita domiciliaria integral (VDI)/Nº niños y niñas < 7 meses con score de riesgo de morir por neumonía grave.
- Nº de niños hospitalizados por neumonía con VDI y estudio de familia realizado/ Total de niños hospitalizado por Neumonía
- N° de niños < de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control

IV.-Objetivo de Impacto:

- Aumentar las personas con factores protectores para la salud en el ámbito de la sexualidad

Objetivo específico N° 1:

- Entregas de Guías anticipatorias en el ámbito de la sexualidad durante el ciclo vital.

META:

- Incorporar Guía anticipatorias en el ámbito de la sexualidad en los controles de salud de los niños(as)

**ACTIVIDAD:**

- Elaborar guía anticipatoria comunal en el ámbito de sexualidad por el equipo de matronas capacitadas en sexualidad.
- Entrega de guías en los controles de salud

**INDICADOR**

N° de guía anticipatoria entregadas x 100

N° de controles de salud realizados

**AREA TRATAMIENTO**

**I.- Objetivo de Impacto: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.**

**Objetivo Especifico N°1:** Brindar atención integral y oportuna a niños(as) con problemas y/o trastornos mentales.

**METAS**

- Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población de 5 a 9 años (prevalencia esperada 22%).
- Lograr el 5% de altas terapéuticas, en relación al bajo control anual.

**ACTIVIDADES**

- Atención integral a niños y niñas de 5 a 9 años con trastorno mental, bajo control. (Mantener)
- Egreso por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales

**INDICADORES**

Población Bajo Control por trastorno mental de 5 a 9 años

Población inscrita validada de 5 a 9 años x 22% de prevalencia

N° de niños y niñas egresados por alta Clínica año 2020 x 100

Población Bajo Control por trastorno mental de 5 a 9 años

**II.- Objetivo de Impacto:**

- Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil

**Objetivo específico N° 1:**

- Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su DSM.

**METAS**

- Recuperar al 90% de los niños detectados con riesgo y retraso en la evaluación DSM de los 8, 18 y 36 meses

**ACTIVIDADES**

- Control sano con aplicación de escala de DSM y TEPSI
- Consulta médica.
- Consulta de Educadora de Párvulos
- Consulta Fonoaudióloga de 0 a 9 años
- Visita domiciliaria integral.

## INDICADORES

N° de niños-as con retraso de 18 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con retraso detectados a los 18 meses

N° de niños-as con riesgo de 8 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con riesgo detectados a los 8 meses

N° de niños-as con retraso de 8 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con retraso detectados a los 8 meses

N° de niños-as con rezago de 8 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con rezago detectados a los 8 meses

N° de niños-as con riesgo de 36 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con riesgo detectados a los 36 meses

N° de niños-as con rezago de 18 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con rezago detectados a los 18 meses

N° de niños-as con retraso de 36 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con retraso detectados a los 36 meses

N° de niños-as con rezago de 36 meses recuperados x 100  
N° de niños-as con rezago detectados a los 36 meses

## 8.2 CICLO VITAL ADOLESCENTE

Como etapa del ciclo vital el abordaje es relativamente nuevo en la construcción social del curso de la vida, caracterizada por los cambios y definida por la transición hacia la independencia social, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y, la capacidad de razonamiento abstracto, demanda al equipo de salud un enfoque y estrategias de trabajo especialmente diseñadas para su abordaje.

Los equipos de salud junto a las familias, comunidades y otros actores institucionales como Educación, Deporte, Cultura deben acompañar este proceso de autonomía de las y los adolescentes, entregando información, acceso a prestaciones oportuno y diferenciado, considerando la participación de los y las adolescentes, dentro de un contexto desafiante marcado por cambios culturales y sociales.

Se requiere de un enfoque integral, de derechos, con equidad de género e interculturalidad, profundizando en estrategias como los “espacios amigables” que permitan acoger necesidades de atención en salud mental – con énfasis en prevención del suicidio, del consumo problemático de alcohol y drogas – salud sexualidad y reproductiva, y estilos de vida saludables.

Dentro de la red asistencial comunal implica fortalecer la coordinación entre CESFAM, COSAM, CEMO, SAPU/SAR, Comuna Saludable, generando flujos de derivación, con protocolos de atención, que permitan acceso real a las horas de atención incluyendo a los programas transversales.

Por esto la propuesta 2020, busca dar continuidad al trabajo realizado en años anteriores, fortaleciendo las estrategias de participación y promoción, dando respuesta a los lineamientos planteados por los propios adolescentes de Pedro Aguirre Cerda a través de Jornadas, Talleres y trabajo con los Consejos Consultivos y atenciones preventivas con guías anticipatorias, consejerías, e intervenciones que les permitan a los adolescentes modelar un nuevo repertorio de conductas basadas en el autocuidado.

### OBJETIVO GENERAL.

Garantizar una atención integral, oportuna, continua y de calidad de los y las adolescentes, potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de su salud.



A continuación se presenta matriz con objetivos priorizados y enfoques de atención:

		OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
<b>PROMOCIÓN</b>	Promoción	Aumentar las personas con factores protectores para la salud	Entregar herramientas para la promoción de una adecuada salud mental en población de adolescentes de 10 a 19 años	Realización de talleres de promoción de la salud mental con adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de talleres realizados con adolescentes de 10 a 19 años/ Nº Talleres programados) *100	Realizar 2 talleres cada Centro de Salud en colegios de la comuna
				Realización de JORNADA de promoción de la salud con adolescentes de 10 a 19 años.	Jornada realizada: SI/NO	Jornada territorial anual (ENERO 2020)
		Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antibacaco (CBT) por kinesiología a todos los ingresos respiratorios sala IRA y ERA	(Nº de consejerías breves antibacaco realizadas por KINE a adolescentes de 10 a 19 años / Nº total de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a sala IRA y ERA) * 100	100% de ingresos respiratorios MENORES DE 10 A 19 AÑOS con consejería en sala IRA y ERA por kinesiología
				Realizar consejerías breves antibacaco (CBT) por odontólogos a las Altas integrales de Adolescentes 12 años, 3° y 4° medio	(Nº de consejerías breves antibacaco realizadas por odontólogos adolescentes de 12 años y 4° medio / Nº total de Altas integrales de 12 años y 4° medios) * 100	70% de adolescentes de 12 años y 80% de adolescentes de 3   y 4° medio, con Alta integral con consejería en unidad odontológica
	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de talleres de salud sexual y reproductiva realizados con adolescentes de 10 a 19 años/ Nº Talleres programados) *100	Nº talleres en cada Centro de Salud: 2 cada CESFAM	
	Participación	Aumentar la participación social de jóvenes de 10 a 19 años	Promover la participación y asociatividad de jóvenes de 10 a 19 años	Consejo consultivos de jóvenes por territorio	Nº Consejos consultivos territoriales	4 Consejos operando en cada Centro de Salud

<b>PREVENCIÓN</b>	Prevenición	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud 2020)*100	Meta establecida IAAPS (mantener 20,25% año 2019)=1249ado año 2020
				Control de Salud integral adolescentes de 15 a 19 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 15 a 19 años/ población adolescente de 15 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud año 2020)*100	Meta establecida para Espacios Amigables (mantener meta PRAPS 2019 19,5%: 1247 ) = 1316 adolescentes año 2020
				Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años en espacios amigables escuelas	(Nº de EA escuela adolescentes de 10 a 19 años implementados	3 Espacios amigables habilitados escuelas de la comuna
		Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar los/as adolescentes que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas adolescentes de 10 a 14 años/ Nº de Controles de salud de 10 a 14 años realizados )*100	80%
				Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas adolescentes de 15 a 19 años / Nº de Controles de salud realizados de 15 a 19 años)*100	100%
		Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en adolescentes de 15 a 19 años realizadas / Nº de controles de salud en adolescentes	80%

		jóvenes.		de 15 a 19 años)*100	
		Promover el uso del condón en adolescentes y jóvenes	Entrega de preservativos asociado a consejerías en adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años / N° Total de consejerías en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad realizadas adolescentes de 10 a 19 años inscritos en Centro)*100	
	Entrega de preservativos con educación por equipo de salud los centros de salud en adolescentes de 10 a 19 años		(Nº de condones entregados con educación a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años / N° Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos en Centro)*100	Línea base observada	
	Entrega de preservativos en escuela y liceo municipal en adolescentes de 10 a 19 años		N° de Escuelas con dispensadores de condones habilitados	3 ESCUELAS	
	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes menor o igual de 14 años	(Nº de adolescentes menor o igual de 14 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ N° de adolescentes menor o igual de 14 años inscritos en centros de salud) *100	Línea base

			Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud) *100	Meta IAAPS (Mantener año 2019: 20,32%)=1372 adolescentes año 2020
			Aumentar cobertura y adhesividad a control de regulación de fertilidad de adolescentes con hijos	Ingreso temprano a Regulación de Fertilidad para prevenir segundo Embarazo, de adolescentes de 10 a 19 años con hijo.	(Nº de adolescentes de 10-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ Nº de adolescentes de 10-19 años inscritos en centros de salud con hijo) *100	100%
	Centrado en Usuario	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes de 10 a 19 años	Talleres para la prevención de los problemas de salud mental (consumo problemático de alcohol y drogas, Violencia, Suicidio, otros) a población de adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de talleres realizados de salud mental con adolescentes/ Nº de talleres programados)*100	3 por cada Centro de Salud con integración del COSAM
<b>TRATAMIENTO</b>		Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 19 años con asma bronquial bajo control. -GES mayores de 15 años-.	Asegurar el tratamiento de adolescentes de 10 a 19 años, asmáticos bajo control.	(Nº de población 10 a 19 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	25%
		Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes de 10 a 19 años.	Asegurar el tratamiento de hipertensión en personas de 15 A 19 años. - Coberturas-.	(Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años estimados según prevalencia en la población inscrita validada)*100	50% cobertura en base a prevalencia (15,7%)

				(Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 15 A 19 años bajo control en PSCV)	50%
	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes 10 a 19 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 10 A 19 años. - Coberturas-	(Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia )	29% cobertura sobre base prevalencia (10%)
				(Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 15 A 19 años bajo control en PSCV)	50%
	Disminuir la morbilidad bucal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente. Altas odontológicas integrales.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes
	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a adolescentes de 4º medio menores de 20 años. Altas odontológicas integrales.	Nº de adolescentes menores de 20 años de 3º y 4º medio con alta odontológica total/Total adolescentes menores de 20 años de 3º y 4º medio matriculados año 2020	100%
Atención odontológica integral a adolescentes de 10 a 19 años. Altas odontológicas integrales.			Nº de adolescentes 10 a 19 años con alta odontológica total/ total Población adolescente inscrita validados 2020)*100	24%	

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

					programas residenciales SENAME año 2020)*100	
				Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes de 10 a 19 años de residencias SENAME	(N° total de atenciones realizadas a adolescentes de 10 a 19 años de residencias SENAME / N° adolescentes de 10 a 19 años bajo control inscritos en programas residenciales SENAME año 2020)	Tasa 0,5/10.000
	Centrado en Usuario	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de jóvenes de 10 a 19 años que vivan o hayan vivido violencia de género.	Mejorar la atención de jóvenes de 10 a 19 años, víctimas de violencia de género. Ingreso de personas a atención integral por violencia de género	(N° de personas adolescentes de 10 a 19 años intervenidos integralmente de los ingresados por violencia de género / N° de personas adolescentes de 10 a 19 años que demandan atención por violencia de género)*100	Promover acceso garantizado al 100% de casos pesquisados.
<b>REHABILITACION</b>	Centrado en Usuario	Contribuir a aumentar la funcionalidad e integración a lo largo del ciclo de vida	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales o discapacidad	Mantener a los adolescentes de 10 a 19 años identificados en situación de discapacidad insertos en Programas de Rehabilitación en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos validados en los Centros de salud año 2020)*100	Identificar población de 10-19 años bajo control en situación de discapacidad que disponen plan de intervención en programas de rehabilitación
<b>ATENCION INTEGRAL</b>	Prevención	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/ Cartola Familiar	(N° de familias con adolescentes en riesgo evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas año 2020)* 100	Establecer Línea Base

	Centrado en Usuario		Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias de riesgo con plan de intervención nivel 2,3 y 4	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Establecer Línea Base
--	---------------------	--	--	---	--	-----------------------

### 8.3 PLANIFICACION 2020 CICLO VITAL DEL ADULTO

En las últimas décadas el país muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) que representan la principal causa de años de vida saludables perdidos para esta etapa del ciclo vital, que concentra a la población económicamente activa. Esto obliga a centrar las acciones en salud en promover estilos de vida saludable y prevenir la aparición de estas patologías crónicas como también prevenir las complicaciones una vez instaladas.

#### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida del adulto inscrito en los centros de salud comunales, brindando una atención integral, con enfoque biopsicosocial, centrado en el individuo, su familia y el entorno.

#### Áreas prioritarias abordar

- a) Salud Cardiovascular.
- b) Salud Respiratoria y Tuberculosis.
- c) Salud Mental.

#### a) SALUD CARDIOVASCULAR

##### OBJETIVOS:

1. Promover el autocuidado en salud a través de actividades que fomenten la participación de la comunidad en este ámbito.
2. Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares en personas adultas de 25 a 64 años.
3. Aumentar pesquisa de patologías crónicas a través de realización de Examen de Medicina Preventiva.
4. Implementar atención integral a las personas con múltiples patologías crónicas.



5. Asegurar la continuidad de la atención: Gestión de epicrisis de personas egresadas del hospital con el diagnóstico de Accidente Cerebro vascular (ACV), Infarto Agudo al Miocardio (IAM), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) entre otras.
6. Disminuir las complicaciones asociadas a enfermedades cardiovasculares con énfasis en evaluación y manejo oportuno de pie diabético, Enfermedad Renal Crónica (ERC), mediante el aumento de cobertura efectiva de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus 2.

## **METAS**

1. **3 eventos** o actividades comunales en el año donde se difundan contenidos de promoción de estilos de vida saludable.
2. **3 talleres** educativos de estilos de vida saludables (de 3 sesiones cada uno) en cada CESFAM en el año, dirigidos a personas bajo control con acompañante.
3. **60%** de personas bajo control de 25 a 64 años del programa Vida Sana cumplen con las metas establecidas por el programa al término de la intervención.
4. **50%** de las personas de 20 a 64 años con 5 o más patologías crónicas y 15% de las personas de 20 a 64 años con 2 a 4 patologías crónicas son atendidas en control médico de multimorbilidad que incorpora atención farmacéutica.
5. Aumentar la cobertura efectiva de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus 2.
6. **90%** de las personas de 20 a 62 años referidos del nivel terciario - con ACV, IAM y amputación de pie diabético -, cuentan con plan de intervención dentro de los 15 primeros días de informada el alta para dar continuidad a los cuidados en salud.
7. **90%** de personas diabéticas de 20 a 64 años con úlcera activa de pie en curación avanzada son evaluadas y se realiza plan de intervención en riesgo familiar.
8. **70%** de los pacientes diabéticos de 20 a 64 años en curación avanzada de pie reciben atención profesional de sala Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC).
9. **60%** de los pacientes diabéticos 20 a 64 años son evaluados con examen de fondo de ojo.
10. **95%** de los diabéticos bajo control de 20 a 64 años son evaluados por podóloga.
11. **28%** de los diabéticos bajo control de 20 a 64 años reciben tratamiento con insulina.
12. **90%** de las personas de 20 a 64 años bajo control por Diabetes Mellitus 2 son evaluadas ERC.
13. **10%** de pacientes diabéticos insulinizados descompensados reciben consejerías familiares.

## **ESTRATEGIAS**

1. Reforzar Coordinación de los equipos de los CESFAM con equipo de Promoción comunal y las organizaciones funcionales para la realización de actividades de promoción y prevención.
2. Participación activa del equipo del Programa Cardiovascular en la realización del Diagnóstico participativo que realiza el CESFAM.
3. Diseño de seguimiento de casos para continuidad de la atención, en especial EMPA y referidos internamente o a otras redes de atención.
4. Diseño de protocolos internos de control multimorbilidad, con énfasis en la integralidad de la atención y las derivaciones internas; UAPO, RBC, podología.

## **ACTIVIDADES**

1. Organización y participación de Eventos comunales de promoción de salud
2. Realización de talleres de educación en estilo de vida saludable a los pacientes crónicos Bajo Control con acompañante.
3. Participación activa (analizar y consolidar resultados) en Diagnostico Participativo en cada centro de salud.
4. Realización de EMPA
5. Categorización de pacientes con 2 a 4 y, 5 y más patologías crónicas en cada CESFAM.
6. Revisión periódica de plataforma de epicrisis, entregando información a jefe de sector y encargado de ciclo vital del adulto con los pacientes de alta de Infarto Agudo Miocardio, Accidente Cerebro Vascular e Insuficiencia Cardíaca Congestiva para dar continuidad a los cuidados.
7. Atención podológica a pacientes diabéticos
8. Evaluar y Consignar calculo Velocidad Filtración Glomerular en formularios Cardiovascular en Rayen.
9. Consejerías a diabéticos insulinizados descompensados
10. Talleres grupales de crónicos con acompañante y formación de Club de crónicos
11. Reuniones mensuales de encargados de ciclo vital de adulto –adulto mayor para monitoreo mensual de metas e indicadores.
12. Realización de análisis de los Exámenes Medicina Preventiva realizados, identificando 3 patologías seleccionadas (HTA, DM y Dislipidemia).
13. Realización de la evaluación de riesgo familiar y plan de intervención a pacientes diabéticos de 20-64 años con ulcera activa de pie en curación avanzada.

14. Realización de derivación a sala Rehabilitación con Base Comunitaria para evaluación de pacientes con pie diabético en curación avanzada.
15. Realización de fondo de ojo en UAPO a pacientes diabéticos de 20-64 años bajo Control
16. Indicación de insulinización en pacientes diabéticos según protocolo , para lograr compensación adecuada
17. Cálculo de Velocidad de Filtración Glomerular en todos los pacientes diabéticos Bajo Control.

## **INDICADORES**

- 1.- Nº talleres de actividad física y alimentación saludable realizados X 100  
Nº talleres de actividad física y alimentación saludable programados
- 2.- Documento de análisis de Dg.Participativo realizado
- 3.-Nº de personas BC en programa vida sana con metas logradasX100  
Nº de personas BC en programa vida sana
- 4.- Nº de pacientes de 20 a 64 años con 2 a 4 condiciones crónicas atendidos por multimorbilidad X100  
Nº de pacientes de 20 a 64 años BC PCV con 2 a 4 condiciones crónicas.
- 5.- Nº de pacientes de 20 a 64 años con 5 y más condiciones crónicas atendidos por multimorbilidad X100  
Nº de pacientes de 20 a 64 años BC PCV con 5 a más condiciones crónicas
- 6.- Nº de personas de 20 a 64 años EMP ingresados PSCV X100  
Nº de pacientes de 20 a 64 años con EMP tomado en 2019 -2020
- 7.-Nº de pacientes con IAM, ACV, ICC 20-64 años c/plan de intervención realizado antes de 15 días informada el alta  
Nº de pacientes derivados del CHBL y con IAM, ACV E ICC.
- 8.-Nº de diabéticos de 20 a 64 años con manejo avanzado de heridas con evaluación de riesgo familiar y plan de intervención X100  
Nº de diabéticos de 20 a 64 años con manejo avanzado de heridas
- 9.- Nº de diabéticos 20-64 años con manejo avanzado de heridas atendidos por RBC x 100  
Nº de diabéticos de 20 a 64 años con manejo avanzado de heridas
- 10.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años con fondo de ojo x 100  
Nº diabéticos BC de 20 a 64 años
- 11.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años con atención podológica x 100  
Bajo Control de diabetes de 20 a 64 años

- 12.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años con Insulina x 100  
Nº diabéticos BC de 20 a 64 años.
- 13.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años con Insulina compensados x 100  
Nº diabéticos con Insulina BC de 20 a 64 años.
- 14.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años con VFG calculada x 100  
Nº diabéticos BC de 20 a 64 años.
- 15.- Nº de diabéticos de 20 a 64 años insulinizados descompensados con consejería X100  
Nº de diabéticos de 20 a 64 años insulinizados descompensados

## **AREA PRIORITARIA: SALUD RESPIRATORIA Y TUBERCULOSIS**

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por enfermedades respiratorias en el adulto.
2. Disminuir la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el adulto

### **METAS**

1. **90%** de las personas de 20 a 64 años bajo control en ERA es vacunado contra la influenza.
2. **10%** de las personas de 20 a 64 años bajo control EPOC participa en un taller de rehabilitación pulmonar.
3. 1 taller de mínimo **3 sesiones** realizado por médico de familia dirigido a pacientes ERA de 20 a 64 años y sus familias.
4. Lograr un índice de pesquisa de **50 BK** por 1.000 consultas de morbilidad del adulto.
5. **100%** de los casos de TBC pulmonar diagnosticados en adultos con estudio de los contactos.
6. **90%** de casos de fallecidos por neumonía en domicilio con auditoría.

### **ESTRATEGIAS**

1. Difusión de campaña y Vacunación anti influenza a todos los pacientes bajo control en ERA y difusión de medidas generales preventivas.
2. Educación: taller de rehabilitación pulmonar, educación en ERA a pacientes y su acompañante.

3. Sensibilización a funcionarios sobre pesquisa de TBC.
4. Consejerías antitabaco a los pacientes y familiares.
5. Análisis de factores relacionados con la atención de salud en base a las auditorías de fallecidos por neumonía en domicilio

### **ACTIVIDADES**

1. Vacunación en la sala ERA a los pacientes BC.
2. Taller de rehabilitación pulmonar realizado por KNS sala ERA
3. Talleres de pacientes crónicos respiratorios con acompañante por médico de familia.
4. Actividades educativas actualizadas a los funcionarios de sensibilización en TBC
5. Consejerías antitabaco en box de atención y sala ERA
6. Toma de BK a pacientes sintomáticos respiratorios.
7. Auditorias de fallecidos por neumonía en personas de 20 a 64 años.

### **INDICADORES**

- 1.- Nº auditorías realizadas de fallecidos por NAC en domicilio de 20 a 64 años x 100  
Nº de pacientes 20 a 64 años informados por el DEIS
- 2.- Nº pacientes 20 a 64 años con patología respiratoria crónica vacunados x 100  
Nº pacientes con patología respiratoria crónica BC
- 3.- Nº de pacientes 20 a 64 años BC de EPOC que participan del p. de rehabilitación pulmonar  
Nº de pacientes 20 a 64 años BC de EPOC.
- 4.- Nº de talleres realizados a pacientes 20 a 64 años BC de EPOC con acompañante  
Nº de talleres realizados a pacientes 20 a 64 años BC de EPOC con acompañante programados
- 5.- Nº de BK tomada pacientes de 20-64 años x 1000  
Nº total de consultas morbilidad en grupo de 20 a 64 años
- 6.- Nº de contactos de 20 a 64 años TBC estudiados x 100  
Nº total de contactos de 20 a 64 años de TBC

### **Área Prioritaria SALUD MENTAL**

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Brindar atención integral a las personas adultas de 20-64 años que presentan problemas y/o trastornos de salud mental con enfoque de género.
2. Promover el buen trato entre hombres y mujeres y la no estigmatización de las personas con problemas o trastornos de salud mental.

## **METAS**

1. Lograr cobertura de atención integral de trastornos mentales, según meta IAAPS, en personas entre 20 y 64 años de edad según prevalencia esperada (22%).
2. **2 talleres** por Centro de salud (3 sesiones) orientados a fortalecer manejo y tratamiento de usuarios bajo control de 20 a 64 años en Programa de Salud Mental.
3. **2 talleres** en cada CESFAM, (3 sesiones cada uno) sobre Alzheimer y otras demencias para personas con este diagnóstico y sus familias, cuidadores.
4. **10%** de alta terapéutica en la población bajo control de 20 a 64 años en un año calendario (Enero –Diciembre).

## **ESTRATEGIAS**

1. Aumentar la pesquisa de trastornos mentales en el adulto.
2. Establecer protocolos de derivación y contra derivación a COSAM y/o siquiatria para la atención de casos de moderada a severa complejidad.
3. Coordinación con los programas Plan de Seguridad Pública, PREVIENE Instituciones Hospitalarias, Casas de Acogida y Hogares Protegidos. Realización de talleres de Alzheimer y otras demencias a pacientes adultos y sus acompañantes
4. Entregar herramientas de diagnóstico y manejo terapéutico a equipo de salud de los CESFAM.

## **ACTIVIDADES**

1. Capacitación de médicos y equipo psicosocial.
2. Reuniones de coordinación, planificación y difusión del programa en cada CESFAM.
3. Talleres de Alzheimer y otras demencias para pacientes adultos Bajo Control.
4. Revisión de casos de pacientes con depresión Bajo Control en cada sector de cada CESFAM,
5. Monitoreo de altas.
6. Consultorías psiquiatras en cada CESFAM cada 15 días.

## **INDICADORES**

- 1.- N° de pacientes BC de 20 a 64 años con trastorno de SM BC x 100  
N° de pacientes de 20 a 64 años con trastornos de SM esperados.
- 2.- N° de talleres de capacitación en SM realizados X 100  
Total talleres de capacitación en SM programados
- 3.- N° de talleres de Alzheimer y otras demencias realizados a pacientes de 20-64 años x 100  
Total de talleres de Alzheimer y otras demencias programados
- 4.- N° de altas terapéuticas en pacientes de 20-64 años realizadas x 100  
N° de pacientes BC de 20 a 64 años en programa Salud Mental
- 5.- N° de consultorías realizadas por CESFAM, por mes.

## 8.4 PLANIFICACIÓN 2020 CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR

El Ciclo del Adulto Mayor tiene como visión que las personas mayores permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible y que sus problemas de salud sean resueltos en forma oportuna con calidad en la atención. Además se debe realizar un manejo individualizado de los factores de riesgo.

### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor inscrito en la comuna, otorgándole una atención integral con enfoque biopsicosocial, centrado en el individuo, su familia y el ecosistema.

### AREA ESTRATÉGICA: SALUD CARDIOVASCULAR

#### METAS

1. Lograr Meta EMPAM comprometida en IAAPS, con seguimiento del riesgo de dependencia.
2. **70%** de personas adultas mayores bajo control de 65 años y más del programa MAS ADULTOS MAYORES cumplen con las metas establecidas por el programa al término de la intervención.
3. **50%** de las personas de 65 y más años con 5 o más condiciones crónicas y, un 20% de las personas de 65 y más años con 2 a 4 condiciones crónicas reciben atención médica de multimorbilidad, que incluye atención farmacéutica.
4. Aumentar la cobertura efectiva de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en personas mayores de 65 años.
5. Establecer línea base de EMPAM alterado año 2019, en la aplicación del Minimental.
6. **90%** de los personas mayores referidas del nivel terciario - con ACV, IAM y amputación de pie diabético -, con plan de intervención a los 15 días de informada el alta para dar continuidad a los cuidados en salud.

7. **90%** de pacientes diabéticos de 65 años y más con ulcera activa de pie en curación avanzada con evaluación de riesgo familiar y plan de intervención.
8. **80%** de los pacientes diabéticos de 65 años y más en curación avanzada de pie con atención de profesional RBC
9. **70%** de los pacientes diabéticos de 65 años y más con evaluación de fondo de ojo.
10. **95%** de los Diabéticos bajo control de 65 años y más con evaluación de podología.
11. **28%** de los diabéticos bajo control de 65 años y más en tratamiento con insulina.
12. **90%** de las personas diabéticas BC de 65 años y más años con evaluación y clasificación de etapa ERC
13. **10%** de pacientes diabéticos insulinizados descompensados con consejerías familiares
14. **50 %** de los adultos mayores del Programa MAS participan en taller (mínimo 3 sesiones) en áreas de prevención de caídas y heridas, área cognitiva y envejecimiento realizado por profesionales MAS de cada CESFAM.

### **ESTRATEGIAS**

1. Reforzar Coordinación de los equipos de los CESFAM con equipo de Promoción comunal y las organizaciones funcionales para la realización de actividades de promoción.
2. Participación activa del equipo del PCV en la realización del Dg. participativo que realiza el CESFAM.
3. Diseño de seguimiento de casos para continuidad de la atención, en especial EMPAM y referidos internamente o a otras redes de atención.
4. Diseño y aplicación de protocolos internos de atención multimorbilidad , con énfasis en la integralidad de la atención y las derivaciones internas; UAPO, RBC, podología

### **ACTIVIDADES**

1. Organización de Eventos comunales de promoción de salud
2. Realización de talleres de educación en estilo de vida saludable a los pacientes crónicos BC con acompañante.
3. Participación activa (analizar y consolidar resultados) en Diagnostico Participativo en cada centro de salud.
4. Realización de EMPAM, informe análisis
5. Categorización de pacientes con 2 o a 4 y 5 y más condiciones crónicas en cada CESFAM.



6. Revisión periódica de plataforma de epicrisis, entregando información a jefe de sector y encargado de ciclo vital del adulto con los pacientes de alta de IAM, ACV e ICC para dar continuidad a los cuidados.
7. Atención podológica a pacientes diabéticos
8. Evaluar y Consignar calculo VFG en formularios CV en Rayen.
9. Consejerías a diabéticos insulinizados descompensados
10. Talleres grupales de crónicos con acompañante y formación de Club de crónicos
11. Reuniones mensuales de encargados de ciclo vital de adulto –adulto mayor para monitoreo mensual de metas e indicadores.
12. Realización de análisis de los EMP tomados, identificando 3 patologías seleccionadas (HTA, DM y Dislipidemia).
13. Realización de la evaluación de riesgo familiar y plan de intervención a pacientes diabéticos de 20-64 años con ulcera activa de pie en curación avanzada.
14. Realización de IC a sala Rehabilitación con Base Comunitaria para evaluación de pacientes con pie diabético en curación avanzada.
15. Realización de fondo de ojo en UAPO a pacientes diabéticos de 20-64 años B
16. Indicación de insulinización en pacientes diabéticos para lograr compensación adecuada
17. Cálculo de Velocidad de Filtración Glomerular en todos los pacientes diabéticos BC

## **INDICADORES**

- 1.- Nº talleres de actividad física y alimentación saludable realizados X 100  
Nº talleres de actividad física y alimentación saludable programados
- 2.- Documento de análisis de Dg. Participativo realizado
3. Nº de personas BC en programa MAS ADULTOS M con metas logradas X100  
Nº de personas BC en programa MAS ADULTO MAYOR
- 4.- Nº de pacientes de 65 y + años  
con 2 a 4 condiciones crónicas atendidos por multimorbilidad X100  
Nº de pacientes de 65 y + años BC PCV con 2 a 4 condiciones crónicas.
- 5.- Nº de pacientes 65 y más años  
con 5 y más condiciones crónicas atendidos por multimorbilidad X100  
Nº de pacientes de 65 y más años BC PCV con 5 a más condiciones crónicas
- 6.- Nº de personas de 65 y más EMPAM ingresados PSCV X100  
Nº de pacientes de 65 Y MÁS años con EMP tomado en 2019 -2020

7.-Nº de pacientes con IAM, ACV, ICC 65 Y más años c/plan de intervención realizado antes de 15 días informada el alta

Nº de pacientes derivados del CHBL y con IAM, ACV E ICC.

8.-Nº de diabéticos de 65 y más años con manejo avanzado de heridas con evaluación de riesgo familiar y plan de intervención X100

Nº de diabéticos de 65 y más años con manejo avanzado de heridas

9.- Nº de diabéticos 65 y más años con manejo avanzado de heridas atendidos por RBC x 100

Nº de diabéticos de 65 y más años con manejo avanzado de heridas

10.- Nº de diabéticos de 65 y más años con fondo de ojo x 100

Nº diabéticos BC de 65 y más años

11.- Nº de diabéticos de 65 y más años con atención podológica x 100

Bajo Control de diabetes de 65 y más años

12.- Nº de diabéticos de 65 y más años con Insulina x 100

Nº diabéticos BC de 65 y más años.

13.- Nº de diabéticos de 65 y más años con Insulina compensados x 100

Nº diabéticos con Insulina BC de 65 y más años.

14.- Nº de diabéticos de 65 y más años con VFG calculada x 100

Nº diabéticos BC de 65 y más años.

15.- Nº de diabéticos de 65 y más años insulinizados descompensados con consejería X100

Nº de diabéticos de 65 y más años insulinizados descompensados

### **Área Prioritaria: SALUD RESPIRATORIA Y TUBERCULOSIS**

#### **METAS**

1. **90%** de las personas de 65 años y más vacunados contra la Influenza.
2. **10%** de bajo control EPOC de 65 años y más participa en taller de rehabilitación pulmonar.
3. 1 taller de a lo menos **3 sesiones** realizado por médico de familia en pacientes ERA de 65 años y más con acompañante.
4. Índice de pesquisa de **50 BK** por 1.000 consultas de morbilidad del adulto mayor.
5. **100%** de los casos de TBC pulmonar diagnosticados en adultos mayores con estudio de contactos.
6. **90%** de los casos de fallecidos por neumonía en domicilio con auditoría.

## **ESTRATEGIAS**

1. Difusión a la comunidad y realización Vacunación anti influenza a todos los personas de más de 65 años y de todas las personas bajo control en ERA.
2. Realización de taller de rehabilitación pulmonar.
3. Realización de taller por médico de familia y kinesiólogo a pacientes con ERA y su acompañante.
4. Sensibilización a funcionarios sobre pesquisa de TBC.
5. Consejería antitabaco a los pacientes y familiares.
6. Realización de auditorías de fallecidos por neumonía en domicilio de AM.

## **ACTIVIDADES**

1. Vacunación en la sala ERA a los pacientes AM en BC.
2. Taller de rehabilitación pulmonar realizado por KNS sala ERA
3. Talleres de pacientes crónicos respiratorios con acompañante por médico de familia.
4. Actividades educativas actualizadas a los funcionarios de sensibilización en TBC
5. Consejerías antitabaco en box de atención y sala ERA
6. Toma de BK a pacientes sintomáticos respiratorios AM
7. Auditorias de fallecidos por neumonía en personas de 65 años y más.

## **INDICADORES**

1. Nº pacientes de 65 años y más con patología respiratoria crónica vacunados x 100  
Nº pacientes de 65 años y más con patología respiratoria crónica BC
2. Nº de pacientes 65 años y más BC EPOC en p. de rehabilitación pulmonar  
Nº de pacientes 65 años y más BC de EPOC.
3. Nº de talleres realizados a pacientes 65 años y más BC de EPOC con acompañante

Nº de talleres realizados a pacientes 65 años y más BC de EPOC con acompañante programados

4. Nº de BK tomada pacientes de 65 años y más x 1000

Nº total de consultas morbilidad en grupo de 65 años y más

5. Nº de contactos de 65 años y más TBC estudiados x 100

Nº total de contactos de 65 años y más\_ de TBC

6. Nº auditorías realizadas de fallecidos por NAC en domicilio de 65 años y más x 100

Nº de pacientes de 65 años y más informados por el DEIS

### **Área prioritaria: SALUD MENTAL**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Brindar atención integral a las personas adultas de 65 y más años que presentan problemas y/o trastornos de salud mental con enfoque de género.
- 2.- Promover el buen trato entre hombres y mujeres y la no estigmatización de las personas con problemas o trastornos de salud mental.

#### **METAS**

- 1.- Lograr cobertura de atención integral de trastornos mentales, según meta IAAPS, en personas de 65 años y más según prevalencia esperada (22%).
- 2.- **2 talleres** por Centro de salud (3 sesiones) orientados a fortalecer manejo y tratamiento de pacientes BC de 65 años y más en Programa de Salud Mental.
- 3.- **2 talleres** por Centro de Salud sobre Alzheimer y Demencia para usuarios y/o acompañantes con Diagnóstico de Alzheimer y/o Demencia (3 sesiones).
- 4.- **10%** de alta terapéutica en la población bajo control de 65 años y más en un año calendario (Enero –Diciembre).

#### **ESTRATEGIAS**

- 1.- Realización actividades que promuevan aumentar la pesquisa de trastornos mentales en el Adulto Mayor.
- 2.- Derivación y coordinación con COSAM y/o siquiatria para la atención de casos de moderada a severa complejidad.
- 3.- Coordinación con los programas, PREVIENE Instituciones Hospitalarias, Casas de Acogida y Hogares Protegidos.
- 4.- Implementación de Terapias Complementarias a la intervención Biopsicosocial según disponibilidad.
- 5.- Realización de talleres de Demencia a pacientes adultos mayores y sus acompañantes
- 6.- Realización de consultorías psiquiátricas en los CESFAM cada 15 días a pacientes Adulto Mayor.

## **ACTIVIDADES**

- 1.- Capacitación de médicos y equipo psicosocial.
- 2.- Reuniones de coordinación, planificación y difusión del programa en cada CESFAM.
- 3.- Talleres de Demencia para pacientes adultos mayores Bajo Control.
- 4.- Revisión de casos de pacientes Adulto Mayor con depresión Bajo Control en cada sector de cada CESFAM,
- 5.- Consultorías psiquiatras en cada CESFAM.

## **INDICADORES**

- 1.- N° de pacientes Bajo Control de 65 años y más con trastorno de Salud Mental x 100  
N° de pacientes de 65 años y más con trastornos de SM esperados según prevalencia.
- 2.- N° de talleres de capacitación en Salud Mental realizados X 100  
Total talleres de capacitación en Salud Mental programados
- 3.- N° de talleres de Demencia realizados a pacientes de 65 años y más x 100  
N° total de talleres de Demencia senil programado
- 4.- N° de altas terapéuticas en pacientes de 65 años y más realizadas x 100  
N° de pacientes Bajo Control de 65 años y más en programa Salud Mental

### **Proyecto de Atención médica domiciliaria integral:**

El propósito, es contar con médico comunal de atención domiciliaria integral que resuelva la demanda espontanea de visita domiciliaria y refuerce en caso necesario lo programado por los centros de salud familiar.

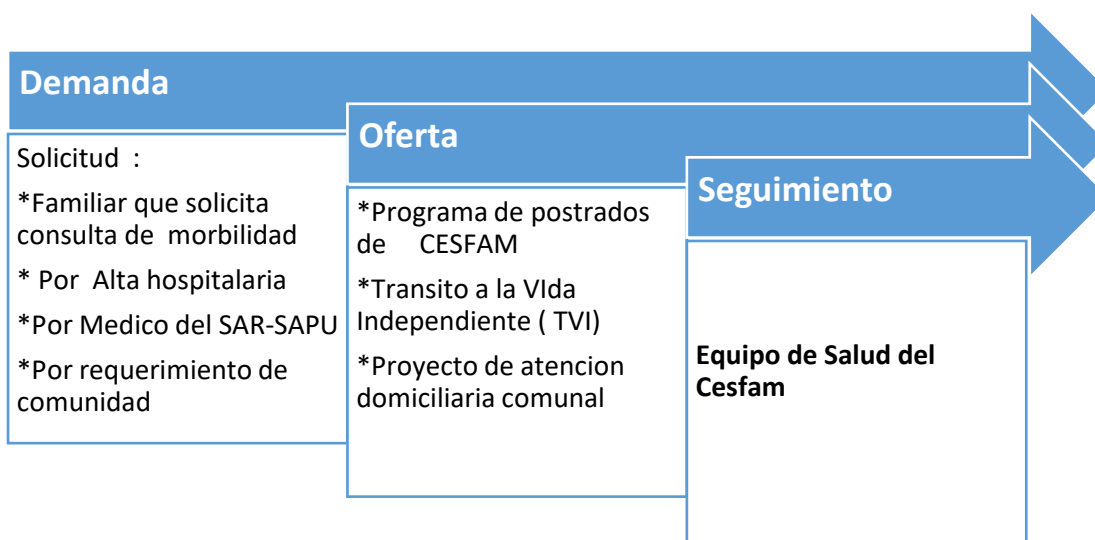
## **OBJETIVOS**

- 1.- Proveer de atención y cuidados integrales de salud en domicilio, al paciente dependiente que no puede acudir por sus medios al centro de salud familiar en el cual está inscrito.
- 2.- Establecer contacto con familia del paciente, de manera de valorar las relaciones interfamiliares y conocer los recursos con que cuenta la familiar para asumir el cuidado del paciente dependiente
- 3.- Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones frente al diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados consensuado.
- 4.- Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.
- 5.- Evaluar el cumplimiento del tratamiento indicado y cumplimiento de plan consensuado
- 6.- Identificar al cuidador y educar en su autocuidado.
- 7.- Prevenir la re hospitalización

Meta:

Dar respuesta al 100 % de las solicitudes de atención en morbilidad que ameriten visita médica domiciliaria y que no puedan ser absorbidas por equipo de salud de CESFAM donde la persona está inscrita.

Indicador:  $\frac{\text{Número de atenciones médica domiciliaria realizadas}}{\text{Número de atenciones médicas domiciliares solicitadas}} \times 100$



## 8.5 PLANIFICACION 2020 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CICLO DE VIDA

Durante todo el ciclo de vida la sexualidad - afectividad y la reproducción son inherentes al ser humano, y forman parte de los elementos que constituyen la calidad de vida.

Nuestros equipos de salud sexual y reproductiva comunales entregan a las personas atendidas en los distintos CESFAM, servicios integrales de salud sexual y reproductiva, que respondan a sus necesidades, de acuerdo al ciclo vital en que se encuentren, considerando en esto los pilares de derechos, género, interculturalidad y territorialidad, promoviendo especialmente el eliminar las barreras de acceso a la salud sexual.

De este modo para el 2020 se continuará el proceso de capacitación, acompañamiento y apoyo, ya iniciado a los equipos de salud de APS, propiciando un trato digno y respetuoso a las personas que nos consultan, permitiéndoles el ejercer su derecho a la libertad sexual, privacidad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad de su cuerpo, a la información, a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables en el marco de una atención confidencial, de calidad e inclusiva.

Se generará e Iniciará un ciclo de educación sexual integral, en los distintos sectores de la población del territorio de cada CESFAM, favoreciendo a que las personas, desde la infancia hasta la adultez mayor puedan vivir, una sexualidad satisfactoria, segura y placentera.

Debemos fortalecer la atención que se brinda a mujeres y sus familias, en las etapas pre gestacional, gestacional y post parto. Como también, a quienes se encuentren con pérdida de una gestación en curso, incluyendo a aquellas mujeres que requieran acogerse a la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. IVE.

Debemos considerar junto al aumento de la expectativa de vida, la atención del climaterio y de la adultez mayor y ser capaces de acompañar a las personas, en el cambio que también vivirá su salud sexual. Donde, no solamente se incluye el acto coital, sino que un conjunto de sensaciones que abarcan todos los sentidos; la dedicación, la entrega, las experiencias anteriores, sus estados de ánimo, la presencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental, etc.

Debemos mejorar la pesquisa de Cánceres Ginecológicos a través de lograr una cobertura de PAP y de Mamografías, en la población inscrita y que impacten positivamente en la salud de las mujeres de Pedro Aguirre Cerda.

Debemos también desarrollar estrategias concretas para aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 15 a más años y de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto en quienes se realicen exámenes preventivos como en las personas que consulten por morbilidad y/o por demanda espontánea en nuestros CESFAM.

## **OBJETIVOS**

1. Capacitar en sexualidad integral, a los profesionales universitarios y técnicos que componen los equipos de Adolescente, Infancia y Adulto Mayor de manera progresiva y secuencial, con pertinencia al ciclo vital, en que desarrollan sus funciones.
2. Iniciar un proceso de educación sexual integral en la comunidad escolar de la Comuna.
3. Impartir educación sexual integral a grupos organizados de la comunidad de los diferentes territorios de cada CESFAM.

4. Desarrollar guías anticipatoria de Sexualidad integral, con acento específico en cada etapa del ciclo vital.
5. Favorecer el acceso de las personas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, durante todo ciclo de vida.
6. Garantizar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población del territorio de cada CESFAM
7. Aumentar el ingreso a control de fertilidad de personas que padecen de enfermedad cardiovascular (Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial).
8. Contribuir a detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
9. Contribuir a disminuir la morbimortalidad por Cáncer, de la esfera ginecológica, en personas adultas y adultas mayores.
10. Fortalecer el ingreso temprano a la asistencia prenatal de gestantes.
11. Detectar y derivar a red local disponible a gestantes con riesgo psicosocial.
12. Realizar un tratamiento oportuno gestantes con diagnóstico de síntomas depresivos.
13. Contribuir a aumentar el ingreso a control Integral del Climaterio de mujeres de 45 a 64 años .

## **METAS**

1. Alcanzar un **30%** de los profesionales de los ciclos de Infancia, Adolescencia y Adulter Mayor capacitado en sexualidad integral en 2020.
2. Programa de educación sexual integral, en la infancia y adolescencia, elaborado en conjunto con departamento de educación municipal, DEM en primer semestre 2020.
3. Realizar 2 talleres por CESFAM de educación sexual Integral en Ciclo de Infancia dirigido a la niñez de 3er y 4to básico en segundo semestre 2020.
4. Realizar 2 talleres por CESFAM de educación sexual integral en Ciclo de Adolescencia dirigido a adolescentes de 10 a 14 años, uno en cada semestre.
5. Elaborar un programa de educación sexual integral, en la Adulter Mayor para coordinar su aplicación con el Jefe del ciclo, en el primer trimestre 2020.
6. El equipo del Adulto Mayor integra temática de sexualidad en talleres programados de al menos 3 agrupaciones por CESFAM a partir del segundo trimestre.
7. Elaboración y entrega de **4** guías de Sexualidad a equipos de ciclo vital de la Comuna (Niño/Niña, Adolescente, Adulto, Adulto Mayor, primer trimestre 2020.
8. Revisar y actualizar flujogramas de acceso de las personas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, durante todo ciclo de vida.
9. 2 jornadas en el año de difusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos insertas en actividades territoriales de Promoción de salud.
10. Aumentar en un 10% la cobertura base lograda en 2019 en Regulación de Fecundidad en mujeres de 20 a 44 años en control en el PSCV.
11. Alcanzar un **10%** de cobertura de examen de de VIH en población inscrita en cada CESFAM.
12. Alcanzar el **60%** de cobertura de Mamografías a mujeres de 50 a 69 años.
13. Alcanzar una cobertura comunal de 60% de mujeres con PAP vigente de 25 a 64 años.
14. Ingresar al **90 %** de las gestantes antes de las 14 semanas de gestación.



15. Ingresar al **100%** de las gestantes detectadas con Depresión al Programa de Salud Mental.
16. Aumentar en un **15%** la cobertura del Control Integral de climaterio en mujeres inscritas de 45 a 64 años.
17. Entregar TRH al **80%** de las mujeres en control de Climaterio con MRS alterada susceptibles de uso de TRH.

#### **ACTIVIDADES**

- Talleres de Capacitación en Sexualidad Integral a cargo de equipo docente comunal
- Elaboración de un Programa de Educación Sexual con junto con Departamento de Educación
- Talleres de Educación Sexual Integral en el ciclo de vida
- Elaboración de un Programa de Educación Sexual Integral en el Adulto Mayor
- Elaboración y entrega de una guía en sexualidad por ciclo vital
- Revisión de flujogramas de acceso
- Control de Regulación de Fecundidad.
- Jornada de Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos
- Ingreso a Regulación de Fecundidad de mujeres en Programa cardiovascular
- Solicitud y toma de VIH y VDRL en población inscrita mayor de 14 años
- Solicitud y toma de VPH, PAP y Mamografía según norma
- Ingreso a Programa Salud Mental
- Asistencia pre gestacional, prenatal y post-natal integral
- Control Integral de Climaterio
- Prescripción de TRH en Control de Climaterio por Matrona y médicos capacitados.
- Consejería en Salud Sexual
- Registro de rechazos atención matrona

#### **INDICADORES**

- 1.- Número de profesionales de los ciclos de Infancia, Adolescencia y Adultez Mayor capacitados en sexualidad integral en 2020 x100  
Número de profesionales programados de los ciclos de Infancia, Adolescencia y Adultez Mayor
- 2.- Programa de educación sexual integral, en la infancia y adolescencia, elaborado en primer semestre 2020
- 3.- Número de talleres realizados por CESFAM de educación sexual Integral en Ciclo de Infancia dirigido a la niñez de 3er y 4to básico x100  
Número de talleres programados en el segundo semestre de 2020
- 4.-Número de talleres realizados por CESFAM de educación sexual integral en Ciclo de Adolescencia dirigido a adolescentes de 10 a 14 años x 100  
Número de talleres programados en 2020
- 5.-Programa de educación sexual integral, en la Adultez Mayor, elaborado en el primer trimestre 2020

- 6.- Número de talleres realizados que integran temática de sexualidad, en la Adultez Mayor x100  
 Número de talleres programados por el equipo de salud del adulto mayor en 2020
- 7.- Número de guías por ciclo vital elaboradas x100  
 Total guías por ciclo vital programadas 2020 -
- 8.- Número de flujogramas de acceso actualizados x100  
 Número de flujogramas programados a actualizar en 2020
- 9.- Número de jornadas de difusión de los DDSS y RP x 100  
 Número de jornadas territoriales programadas de Promoción de salud.
- 10.- Número de mujeres de 20 a 44 años en control en el PSCV ingresadas a Regulación de Fecundidad 2018 menos las ingresadas el 2019 x100  
 Número de mujeres de 20 a 44 años en control en el PSCV ingresadas a Regulación de Fecundidad 2018
- 11.- Total personas inscritas de 14 y más años con test VIH realizado en 2019 (excluye gestantes x100  
 Total personas inscritas 14 y más en los CESFAM ( excluye gestantes)
- 12.- a) Número de EMPA con solicitud de exámenes de VDRL y VIH x 100  
 Número de EMPA realizados en 2019
- 12.-b) Número de EMPAM con solicitud de exámenes de VDRL y VIH x 100  
 Número de EMPAM realizados en 2019
- 12.-c) Número de EMPAd con solicitud de exámenes de VDRL y VIH x 100  
 Número de EMPAd realizados en 2019
- 13.- Total mujeres de 50 a 69 años con Mamografía vigente x100  
 Total mujeres de 50 a 69 años inscritas
- 14.- Nº de mujeres 25 a 64 años con PAP vigente x 100  
 Nº total de mujeres de 25 a 64 años inscritas
- 15.- Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas de gestación x 100  
 Total de gestantes ingresadas a control prenatal
- 16.- Total de gestantes ingresadas a Programa de Salud mental x 100  
 Total gestantes diagnosticadas con depresión
- 17.- Nº de Mujeres de 45 a 64 años en control de Climaterio x 100  
 Nº de mujeres de 45 a 64 años inscritas en la comuna
- 18.- Nº de mujeres bajo control de Climaterio con TRH, que lo requieran x 100  
 Nº de mujeres que requieren TRH según puntaje de MRS
- 19.- Nº de personas de 65 años y más que reciben guía anticipatoria de Salud Sexual y Reproductiva x 100  
 Nº de Personas de 65 años y más con EMPAM realizado en el CESFAM.

## 8.6 PLANIFICACIÓN 2020 ATENCION DENTAL EN EL CICLO DE VIDA

El Plan de Salud Comunal permite que las actividades del programa odontológico se realicen en nuestras diversas unidades de salud, ya sea en los Centros de Salud Familiar, Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas Villa Sur y Clínica Dental Móvil. Todos alineados con los objetivos sanitarios, principios y valores de este Departamento de salud.

El programa odontológico es transversal a todo el ciclo vital del individuo, partiendo desde su gestación, al tratar a la mujer embarazada, y pasando por el ciclo vital infantil, adolescente, adulto y persona mayor, a través de diferentes estrategias y líneas de acción como se visualizan en el siguiente cuadro.

ESTRATEGIAS		PROGRAMA ODONTOLÓGICO																			
		CICLO VITAL																			
		INFANTIL						ADOLESCENTE			ADULTO Y PERSONA MAYOR										
		MENOR DE 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	6 AÑOS	12 AÑOS	MENORES DE 20 AÑOS	18 AÑOS - ATENCION 4° MEDIOS	EMBARAZADAS	CONSULTA MORBILIDAD 20-64 AÑOS	CONSULTA MORBILIDAD > 65AÑOS	ACTIVIDAD RECUPERATIVA EN >20 AÑOS	SALUD ORAL 60 AÑOS	MAS SONRISAS PARA CHILE	HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	RESOLUTIVIDAD DE PROTESIS	RESOLUTIVIDAD DE ENDODONCIA	ATENCION DOMICILIARIA
		CERO	CERO	CERO	CERO	CERO	CERO	CERO													
				SEMBRANDO SONRISAS	SEMBRANDO SONRISAS	SEMBRANDO SONRISAS	SEMBRANDO SONRISAS	GES	METASANITARIA	IAAPS	PRAPS	GES	IAAPS	IAAPS	PRAPS	GES	PRAPS	PRAPS	PRAPS	PRAPS	PRAPS
		GES URGENCIA ODONTOLÓGICA																			
		EXAMEN RADIOLOGICO DENTAL - COMGES																			

Hoy el abordaje de la Salud Bucal de nuestra población requiere aplicar enfoques de Salud Pública, basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial.

### 1. CICLO INFANTIL

La salud oral infantil es una prioridad para el país, ya que aún se presenta un alto porcentaje de caries dental en la población infantil, lo cual repercute en la calidad de vida de estos niños/as, tiene un alto impacto económico y finalmente se asocian a caries permanente en posteriores etapas del desarrollo.

La frecuencia de los controles odontológicos se debe determinar por el riesgo que presenta cada usuario con el objetivo de modificar los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de prevención y promoción de su salud. Es por esto que se hace necesario modificar nuestro paradigma de atención de salud, cambiando desde un enfoque centrado en la administración de la enfermedad fundamentalmente focalizado en la recuperación del daño a un enfoque centrado en mantener la salud, cuyo incentivo fundamental sea aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición.

## **METAS SALUD ORAL DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR (PSF)**

### **Control con Enfoque de Riesgo Odontológico CERO (PSF)**

Evaluación y controles de seguimiento según riesgo cariogénico de niños/as desde los 6 meses de edad hasta los 6 años, según riesgo.

Objetivos:

- Mantener población sana, libre de caries
- Disminuir la prevalencia de caries en población menor de 7 años
- Contribuir a reducir la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo y controles de higiene y hábitos saludables

### **ingreso menores de 7 años a programa CERO:**

**Meta:** Cobertura del 30% de niños/as menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral CERO

**Actividad:** ingreso de población menor de 7 años a programa CERO, incluye realización de pauta CERO y evaluación de riesgo.

**Indicador:**

<b>N° de de niños/as menores de 7 años ingresados en la población bajo control salud oral</b>	x	100
<b>N° de de niños/as menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos</b>		

### **Egresos odontológicos de niños/as de 6 años de la Población Bajo Control total CERO:**

**Meta:** Cobertura del 79 % de niños/as de 6 años con Egresos odontológicos de la Población Bajo Control total CERO

**Actividad:** Egreso odontológico a niñas/os de 6 años

**Indicador:**

<b>N° de niños/as con 6 años con egresos odontologicos total</b>	x	100
<b>N° de niños/as con 6 años inscritos</b>		

### **Niños/as menores de 3 años libres de caries en población inscrita:**

**Meta:** Cobertura del 68 % de niños/as menores de 3 años libres de caries

**Actividad:** evaluación y control de riesgo periódico

**Indicador:**

<b>N° de niños/as menores de 3 años con libre de caries</b>	x	100
<b>N° de niños/as menores de 3 años inscritos</b>		

### Alta odontológica GES 6 Años

## 2. METAS DE SALUD ORAL DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA APS (PRAPS)

### Sembrando sonrisas

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS de exámenes de salud bucal, entrega de kit bucal y primera aplicación de flúor barniz.

**Actividad:** examen de salud bucal, primera aplicación de flúor barniz

**Indicador:**

<b>N° total de niños/as de 2 a 5 años con examen de salud y 1era aplicación de fluor barniz realizado</b>	x	100
<b>N° Total de niños/as de 2 a 5 años comprometidos con el SSMS</b>		

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS de las aplicaciones de flúor barniz.

**Actividad:** aplicaciones de flúor barniz en pacientes de 2 a 5 años

**Indicador:**

<b>N° total de aplicaciones de fluor barniz realizadas</b>	x	100
<b>N° Total de aplicaciones de fluor barniz comprometidas con el SSMS</b>		

### ESTRATEGIAS:

- Planificar en conjunto con Departamento de educación Mesa comunal Intersectorial de Promoción y Prevención en Salud Bucal.
- Trabajo transdisciplinario en todos los centros de salud y con los equipos de salud con la finalidad de aumentar la derivación y el ingreso a programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) en población bajo control.
- Rescate para programa CERO de pacientes niños/as de 2 a 5 años evaluados en los establecimientos educacionales en el programa sembrando sonrisas.
- Coordinación con clínica móvil dental para atención en establecimientos educacionales según planificación de cada CESFAM.

## 2. CICLO ADOLESCENTE

Para este grupo etario se priorizan las atenciones para los usuarios menores de 20 años, focalizando los recursos en grupo etario entre los 7 y 19 años y para los adolescentes de 12 años. El objetivo de estas intervenciones es lograr en el futuro poblaciones de adultos con un estado bucal saludable, potenciando los factores protectores y disminuyendo los factores de riesgo. Para ello se realizan actividades, tanto asistenciales como educativas, involucrando especialmente al grupo familiar en la importancia del autocuidado.

## METAS SALUD ORAL DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR (PSF)

### Altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años

**Meta:** cobertura del 75% de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años

**Actividad:** atención odontológica integral al adolescente de 12 años

**Indicador:**

<b>N° total de adolescentes de 12 años con alta odontologica integral</b>	x	100
<b>N° totalde adolescentes de 12 años inscritos validados</b>		

### Altas odontológicas en pacientes de 7 a 19 Años

**Meta:** cobertura del 24.62% de altas odontológicas totales en adolescentes de 7 a 19 años excluyendo pacientes de 12 años

**Actividad:** atención odontológica integral al adolescente de 7 a 19 años

**Indicador:**

<b>N° total de adolescentes de 7 a 19 años con alta odontologica integral</b>	x	100
<b>N° totalde adolescentes de 7 a 19 años inscritos validados</b>		

## METAS DE SALUD ORAL DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA APS (PRAPS)

### Altas odontológicas en alumnos de 4 medio

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** atención odontológica integral al adolescente a alumnos de 4 medio

**Indicador:**

<b>N° total de adolescentes de 4to medio con odontologica integral</b>	x	100
<b>N° total de adolescentes de 4to medio matriculados</b>		

### **ESTRATEGIAS:**

- Planificar en conjunto con Departamento de educación Mesa comunal Intersectorial de Promoción y Prevención en Salud Bucal.
- Trabajo transdisciplinario en todos los centros de salud y con los equipos de salud con la finalidad de aumentar la derivación y el ingreso a todos los menores de 20 años.
- Coordinación con clínica móvil dental para atención en establecimientos educacionales según planificación de cada CESFAM y CEMO Villa Sur.

## **3. CICLO VITAL DEL ADULTO Y DE LA PERSONA MAYOR**

Las estrategias odontológicas incluidas dentro del Ciclo del Adulto y de la persona mayor son medidas sanitarias destinadas a la recuperación de la salud buco dental mejorando la cobertura y calidad de atención odontológica, además de mejorar el acceso a la atención odontológica y mejorar su calidad de vida.

### **Cobertura de alta odontológica integral en embarazada**

**Meta:** cobertura del 68% de alta odontológica integral en embarazada

**Actividad:** atención odontológica integral en embarazada

**Indicador:**

<b>N° total de embarazadas con alta odontologica integral</b>	x	100
<b>N° total de embarazadas ingresadas a control maternal</b>		

#### **Consultas de morbilidad en personas de 20 a 64 años**

**Meta:** cobertura del 15% de consultas de morbilidad a personas de 20 a 64 años

**Actividad:** atención de morbilidad dental diurna a personas de 20 a 64 años

**Indicador:**

<b>N° total de consultas de morbilidad en personas de 20 a 64 años</b>	x	100
<b>N° total de poblacion entre 20 y 64 años inscrita validada</b>		

#### **Continuidad de la atención Odontológica**

**Meta:** cobertura del 75% del total de CESFAMS con continuidad de la atención odontológica

**Actividad:** atención de morbilidad dental en horario de extensión de Lunes a Sábado

**Indicador:**

<b>N° total de CESFAMS con continuidad de atencion dental en horario de extension</b>	x	100
<b>N° total de CESFAMS en la comuna</b>		

### **METAS DE SALUD ORAL DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA APS (PRAPS)**

#### **consulta de morbilidad en adultos mayores de 20 años (sección G)**

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** actividades recuperativas en atenciones de morbilidad dental a mayores de 20 años

**Indicador:**

<b>N° total de actividades recuperativas realizadas en consulta de morbilidad</b>	x	100
<b>N° total de actividades recuperativas comprometidas con el SSMS</b>		

#### **Atención odontológica a pacientes GES 60 años**

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** atención odontológica integral en pacientes de 60 años

**Indicador:**

<b>N° total de altas odontologicas en pacientes de 60 años realizada</b>	x	100
<b>N° total de altas odontologicas en pacientes de 60 años comprometidas con el SSMS</b>		

### Programa Más Sonrisas para Chile

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** atención odontológica integral en mujeres mayores de 20 años

**Indicador:**

N° total de mujeres con alta odontologica integral Mas Sonrisas para Chile	x	100
N° total de mujeres con alta odontologica integral comprometidas con el SSMS		

### Programa Hombres de Escasos Recursos

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** atención odontológica integral en hombres mayores de 20 años

**Indicador:**

N° total de hombres con alta odontologica integral Hombres de Escasos recursos	x	100
N° total de hombres con alta odontologica integral comprometidas con el SSMS		

### Programa de Resolutividad de prótesis dentales

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** confección de prótesis removibles en pacientes mayores de 20 años con alta integral

**Indicador:**

N° total de protesis removibles realizadas en personas mayores de 20 años con alta integral	x	100
N° total de protesis removibles comprometidas con el SSMS		

### Programa de Resolutividad de Endodoncia

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** tratamiento de endodoncia en pacientes mayores de 15 años

**Indicador:**

N° total de endodoncias realizadas en pacientes mayores de 15 años	x	100
N° total de endodoncias comprometidas con el SSMS		

### Programa de atención domiciliaria en personas con dependencia severa

**Meta:** alcanzar el 100% cobertura según meta propuesta por SSMS

**Actividad:** atención odontológica domiciliaria a personas con dependencia severa

**Indicador:**



N° total de personas con dependencia severas con visita odontologica domiciliaria	x	100
N° total de personas con dependencia severa inscritas y validadas en la comuna		

## ESTRATEGIAS

- Trabajo transdisciplinario en todos los centros de salud y con los equipos de salud con la finalidad de aumentar la derivación oportuna e ingresos de control de salud y programas asociados.
- Medición preventiva de glicemia y presión arterial en pacientes no crónicos y control de valores de pacientes crónicos durante su ingreso a PRAPS para realizar la derivación oportuna programa cardiovascular.
- Realizar talleres con la comunidad de refuerzo de técnica de higiene oral, cuidado de prótesis removible, enfermedad periodontal y prevención de cáncer oral.
- Reforzar derivación oportuna de pacientes GES 60 años y embarazadas desde Hora fácil.
- Crear una mesa participativa con comunidad ingresadas en los programas PRAPS.

## ACTIVIDADES TRANSVERSALES

### Feria Odontológica

**Meta:** realizar por lo menos una feria odontológica en cada CESFAM de la comuna y en el CEMO Villa Sur

**Actividad:** realización de feria odontológica de la comuna PAC en conjunto con Promoción de Salud

**Indicador:**

N° de ferias odontologicas realizadas por centro	x	100
N° Total de ferias odontologicas comprometidas		

### Urgencia GES odontológica ambulatoria

**Meta:** cobertura de 100% de urgencias GES odontológicas ambulatorias diagnosticadas

**Actividad:** atención odontológica oportuna de urgencias GES odontológicas ambulatorias

### Compromiso de gestión radiografía dental intraoral

**Meta:** realizar exámenes radiográficos intraorales unitarios en CEMO Villa Sur y CESFAM Lo Valledor Norte.

**Actividad:** exámenes radiográficos intraorales (retroalveolar, perfil corto)

## ESTRATEGIAS

- Instaurar toma de radiografía bitewing bilateral como método de prevención de caries interproximales.
- Realizar feria odontológica en los 4 CESFAM de la comuna (incluyendo Lo Valledor Norte) y CEMO Villa Sur.
- Reforzar en SOMES y guardias información sobre GES de urgencia odontológica Ambulatoria para evitar rechazos y asegurar una atención oportuna.
- Reforzar registro clínico y de notificación GES en caso de urgencia GES odontológicas ambulatorias.

## 8.7 PLANIFICACIÓN 2020 CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL - COSAM

Para el año 2020 el accionar de COSAM se enmarca en un modelo de atención de salud mental comunitaria que promueve en el equipo una mirada que amplía la comprensión de la enfermedad mental incorporando acciones de promoción y prevención en el abordaje de las problemáticas de salud mental de la comunidad.

Concordante con ello, el quehacer del centro en este año relevará un principio rector que es la **participación e inclusión social** en tanto se fomentará que las personas sean sujetos activos y responsables en sus procesos de salud-enfermedad estimulando su autogestión para ello así como también acciones que eviten su auto estigmatización.

Para llevar a cabo este propósito se propone retomar el diálogo directo y democrático con los usuarios que permitan conocer cuál es su percepción de los procesos que se llevan a cabo en el COSAM, para mejorar la calidad de nuestra atención, responder a sus derechos y fomentar el cumplimiento de sus deberes.

- **Diagnóstico participativo**
- **Encuesta de Satisfacción Usuaría**
- **Campaña de difusión y compromiso de carta de derechos y deberes del usuario dirigido al cumplimiento del retiro de fármaco, cumplimiento de asistencia a sus horas y mejorar el trato entre usuarios interno y externo.**

El compromiso es seguir avanzando en el cuidado y protección de la salud mental de la población y de la atención de las personas con enfermedades y/o discapacidad por esta causa, por ello se dará continuidad tanto a programas de atención de salud mental como los convenios establecidos en años anteriores.

En este punto y a partir de la evaluación del proceso 2019 retomar la mirada en las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialidad, ejercicio de deberes de los derechos humanos y continuidad de cuidados e intencionar la revisión permanente de estrategias que den cuenta además de particularidades de las personas de acuerdo a su ciclo vital. Para lograr esto además de lo anterior se dará continuidad a:

### Programas:

- Atención a población Infanto juvenil con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas.

- Atención de problemas y/o trastornos de salud mental de adultos y adultos mayores.
- Atención a personas adultas y adultas mayores con consumo abuso y dependencia de alcohol y/o drogas.
- Atención a personas en situación de discapacidad psíquica e intelectual

**Convenios:**

- Prestación de servicios para la compra de meses de tratamiento para consumo problemático de drogas y alcohol. SSMS
- Prestaciones Valoradas GES y No GES. SSMS
- Prestación de servicios para la compra de meses de tratamiento para población infanto adolescente con consumo problemático de alcohol, drogas y otros problemas de salud mental. PAI IA. SSMS
- Se mantiene convenio docente asistencial con la Universidad de Chile.

**En cada programa se incorporarán y fortalecerán las acciones de intervención familiar, grupal, el abordaje de la multimorbilidad y la intervención basada en planes de cuidados integrales.**

En este nivel de intervención se presenta otro desafío que es dar respuesta de tratamientos a alrededor de 84 pacientes nuevos traspasados del nivel terciario de atención lo que implica aumentar la cobertura en la población adulta a pacientes con diagnósticos de severidad y tratamientos de cuidados y monitoreo permanente, puesto que incluye el uso de clozapina. Así como ingresar usuarios de Salud mental desde CESFAM Lo Valledor antiguo. Este hecho implica un esfuerzo de la red de salud comunal en incorporar nuevas estrategias que permitan mantener la calidad de la atención y la resolutivez de los programas.

Por otro lado se fortalecerán procesos clínicos desde un enfoque de calidad, tales como:

- Sistemas de referencia y contrarreferencia a través de una coordinación expedita en la continuidad de atención en la red de salud local.
- Estandarización de procedimientos al interior del centro. Para este año se propone desarrollar protocolos
  - Sala de procedimientos
  - Botiquín farmacéutico
  - REA.
  - Manejo de riesgo Suicida
  - Manejo de pacientes complejos
- En el ámbito de la resolutivez de salud mental comunal se incorporará una consultoría de salud mental especializada.

Como parte del proceso de mejora continua del centro, se propone identificar las variables presentes en el ausentismo del usuario a las diferentes actividades de su proceso terapéutico con la finalidad de tender a la gestión del usuario que no se presenta a sus controles(NSP).

Finalmente en el ámbito de gestión de recurso humano se intencionará aumentar el número de actividades de autocuidado como también acciones que apunten a fortalecer sentido pertenencia e identidad COSAM. Este año la participación será del equipo completo y no separado por programas de manera que favorezcan la integración y la prevención del burnout.

## **AREA DE GESTION**

### **Objetivo estratégico**

Optimizar los procesos asistenciales del centro de salud con el fin de contribuir a la salud mental de la población consultante y de funcionarios de COSAM de manera accesible, oportuna, eficiente, con criterios de calidad y principios del modelo integral de salud familiar y comunitaria.

### **Objetivos específicos**

1. Fortalecer las competencias técnicas del equipo de trabajo para un abordaje resolutivo de patologías atingentes a nivel secundario.
2. Prevenir la aparición de indicadores de agotamiento emocional en equipos prestadores de salud mental.
3. Liderar y promover la articulación de la red asistencial y comunitaria involucrada en los procesos de salud mental de la población consultante.
4. Identificar las causas que dificultan o impiden la asistencia al centro de salud.
5. Analizar en forma anual los resultados de la aplicación de la Encuesta de Satisfacción Usuaría

### **METAS**

1. Realizar plan de gestión de NSP, con seguimiento y evaluación trimestral.
2. Contrarreferencia del 100% de los casos referidos a su respectivo centro de salud.
3. Ejecutar 3 jornadas de capacitación de especialidad en salud mental en el intrasector.
4. Aplicación encuesta de satisfacción usuaria al 30% de la población bajo control COSAM.
5. Realizar cuatro jornadas destinadas a la prevención del Burnout en todo el recurso humano COSAM.

### **Estrategias**

1. Monitoreo mensual en sistema informático de los NSP de equipo profesional. Planificación de un cronograma de levantamiento de información, monitoreo y elaboración de informes para medir avances en el área a intervenir.
2. Sistematización mensual de referencia y contrarreferencia de los CESFAM, según sistema informático. Planificación de metodologías que permitan supervisar, monitorear y dar seguimiento a los casos referidos desde los CESFAM

3. Elaborar programas de capacitación. Establecer un programa de capacitación que comprenda temáticas de pesquias en APS de problemáticas en salud en mental en población Infanto adolescente, manejo de pacientes usuarios de Clozapina, Suicidio y los protocolos asociados.
4. Coordinación con Encargada de salud mental de los centros de salud.
5. Coordinación con encargada de capacitación Comunal.
6. Planificación y organización aplicación encuestas satisfacción usuaria.
7. Organizar espacios de autocuidado trimestral, que contribuyan a la prevención del burnout

### Actividades

1. Reuniones de equipo gestor.
2. Reuniones de equipo ampliada
3. Reuniones coordinación encargadas de salud mental CESFAM.
4. Realizar informe de referencias y contrarreferencia.
5. Realizar carta Gantt aplicación encuestas satisfacción usuaria.
6. Realizar Talleres de capacitación con APS.
7. Jornadas de autocuidado

### Indicadores

1. 
$$\frac{\text{Plan de Gestión ejecutado de NSP con seguimiento y evaluación trimestral}}{\text{Plan Programado}} \times 100.$$
2. 
$$\frac{\text{N° de casos informados de referencia y contrarreferencia}}{\text{N° de casos referidos desde CESFAM}} \times 100$$
3. 
$$\frac{\text{Capacitaciones realizadas}}{\text{Total programada (3)}} \times 100$$
4. 
$$\frac{\text{Aplicación encuesta de satisfacción usuaria al 30\% de la población bajo control}}{\text{Encuesta de Satisfacción Usuaría programada}} \times 100$$
5. 
$$\frac{\text{Jornadas de prevención de Burnout ejecutadas}}{\text{Jornadas programadas (4)}} \times 100$$

## **AREA PARTICIPACION**

### **OBJETIVO GENERAL**

Generar espacios de participación comunitaria que permita recoger intereses, necesidades, sensibilizar y difundir temáticas de salud mental, con énfasis en la no discriminación e inclusión social de usuarios con patologías de salud mental.

### **Objetivo específico**

1. Identificar la percepción de los usuarios de la atención de salud mental brindada en COSAM con el fin de generar un plan participativo de mejora.

### **Meta**

Realizar un diagnóstico participativo con usuarios, funcionarios y comunidad del Centro de salud.

### **Indicador**

Documento de análisis de diagnóstico participativo con la participación de usuarios funcionarios y comunidad

### **Estrategias**

1. Coordinación con organismos sociales e intersector.
2. Generar espacios de discusión en equipo COSAM.
3. Reuniones internas de organización.
4. Difusión actividad en la comunidad.

### **Actividades**

1. Reuniones ampliadas de equipo COSAM
2. Focus group.
3. Realizar invitación actividad
4. Difundir en organizaciones sociales, usuarios, equipo y comunidad.

## **AREA INTERVENCION**

### **OBJETIVO GENERAL**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud mental de especialidad, con un enfoque de calidad y biopsicosocial que contemple como ejes principales el acceso oportuno, la continuidad de los cuidados y la integralidad en la atención.

## **Atención de problemas y/o trastornos de salud mental de niños/niñas y jóvenes**

### **Objetivo Específicos**

1. Brindar atención integral y especializada a la población infanto-juvenil y sus familias que permita abordar trastornos en salud mental de mediana y severa complejidad.
2. Realizar coordinación, supervisión, evaluación de casos clínicos y acompañamiento a equipo consultante en la continuidad de cuidados de pacientes.

### **Metas**

1. El 40% de los usuarios bajo control cuentan con Plan de Cuidados Integrales.
2. El 50% de los usuarios bajo control cuentan con intervención familiar.
3. Alcanzar un 10% las altas terapéuticas.
4. Realizar a lo menos una consultoría en salud mental de especialidad, mensual por CESFAM.

### **Estrategias**

1. Elaboración y presentación de casos en reuniones clínicas semanales para la confección de Planes de Cuidados Integrales.
2. Evaluación en dupla psicosocial para usuarios que presentan compromiso biopsicosocial moderado - severo.
3. Realizar intervenciones psicosociales grupales de acuerdo a diagnósticos de mayor prevalencia.
4. Mantener las consultorías psiquiátricas e incorporar una consultoría mensual de salud mental de especialidad.
5. Participación en instancia de coordinación, gestión y priorización de casos en unidad de cuidados intensivos en psiquiatría infanto juvenil de nivel terciario.

### **Actividades**

1. Consultas de salud mental, psicoterapia individual, intervenciones psicosociales grupales.
2. Reuniones clínicas semanales de equipo: para elaboración de PCI y seguimiento casos.
3. Participar en consultorías psiquiátricas e incorporar consultorías de salud mental de especialidad en CESFAM
4. Coordinación con los Centros de salud en relación a referencia y contra referencia de usuarios.
5. Revisión y coordinación de las acciones del PCI en espacios protegidos.

### **Indicadores**

1. 
$$\frac{\text{Nº de usuarios bajo control que cuentan con Plan de Cuidados Integrales}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$$

2.  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de los usuarios ingresados al Programa con intervención familiar}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
3.  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios con alta}}{\text{Total bajo control}} \times 100$
4.  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultorías realizadas de salud mental especializada}}{\text{N}^\circ \text{ de consultorías programadas}} \times 100$

### **Atención a población Infanto juvenil con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas.**

#### **Objetivo Específicos**

1. Brindar Atención a usuarios, a través del diseño de planes de Cuidados Integrales.
2. Promover la participación de familiares en los procesos de tratamiento, a fin de favorecer la re vinculación y reparación familiar.
3. Acompañar procesos de reinserción social, estudiantil y ocupacional.
4. Favorecer el establecimiento de relaciones de colaboración, apoyo y soporte comunitario.
5. Realizar coordinación, supervisión, evaluación de casos clínicos y acompañamiento a equipo consultante en la continuidad de cuidados de pacientes.

#### **Metas**

1. El 40% de los usuarios bajo control cuentan con Plan de Cuidados Integrales
2. Alcanzar un 50% las altas terapéuticas.
3. El 90 % de los usuarios bajo control cuentan con intervención familiar
4. Realizar 4 intervenciones psicosociales grupales anuales, en temáticas de Salud Mental Adolescente, en los colegios.
5. Realizar 2 encuentros juveniles, anuales, en el territorio, que se aborde el tema de consumo.
6. Realizar 2 encuentros con la comunidad en los que se aborde los temas de consumo.

#### **Estrategias**

1. Participación en reuniones intersectoriales para difusión programa.
2. Reuniones clínicas semanales de equipo para elaboración de plan de cuidados integrales.



3. Realizar evaluación trimestral de casos Plan Ambulatorio Intensivo Infanto Adolescente (PAIIA) para definir continuidad de tratamiento.
4. Realizar evaluación semestral de casos Plan Ambulatorio Comunitario para definir continuidad de tratamiento.
5. Realizar actividades de difusión, sensibilización, en espacios comunitarios.

#### **Actividades**

1. Intervenciones psicosociales grupales
2. Participación en consultorías de salud mental en CESFAM
3. Consultas de salud mental, psicoterapia individual, intervenciones psicosociales grupales.
4. Reuniones clínicas semanales de equipo: para elaboración de PCI y seguimiento casos.
5. Revisión y coordinación de las acciones del PCI en espacios protegidos.

#### **Indicadores**

1. Nº de usuarios bajo control que cuentan con Plan de Cuidados Integrales X 100  
Total usuarios bajo control
2. Nº de los usuarios ingresados al Programa con intervención familiar x 100  
Total usuarios bajo control
3. Nº de usuarios bajo control recibe alta terapéutica x 100  
Total usuarios bajo control
4. Nº de intervenciones psicosociales grupales realizadas en los colegios x 100  
Nº de intervenciones psicosociales grupales programadas en los colegios.
5. Nº de intervenciones psicosociales grupales realizados con población juvenil X 100  
Nº de intervenciones psicosociales grupales con población juvenil programadas
6. Nº de intervenciones psicosociales grupales realizados con la comunidad X 100  
Nº de intervenciones psicosociales grupales con la comunidad programadas

#### **Atención de problemas y/o trastornos de salud mental de adultos y adultos mayores**

##### **Objetivo Específicos**

1. Brindar atención integral especializada en salud mental, a adultos y adultos mayores con el propósito de estabilizar, mantener y/o mejorar sintomatología asociada a trastornos de salud mental, con compromiso biopsicosocial moderado y/o severo.
2. Promover la participación de familiares de usuarios con patologías de salud mental, en los procesos de tratamiento, a fin de apoyar en la estabilización, mantención y mejoría integral.

3. Conocer la situación de salud física de las personas en tratamiento de salud mental, con la finalidad de abordar integralmente, problemas de salud que pudiesen generar multimorbilidad.
4. Realizar coordinación, supervisión, evaluación de casos clínicos y acompañamiento a equipo consultante en la continuidad de cuidados de pacientes.

#### **Metas**

1. 40% de las personas bajo control cuentan con Plan de Cuidados Integrales.
2. 10% de usuarios bajo control reciben alta terapéutica Integral.
3. 60% de las personas bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes.
4. Realizar a lo menos una consultoría en salud mental mensual por CESFAM.
5. 30% de los usuarios bajo control reciben intervenciones familiares.

#### **Estrategias**

1. Elaboración y presentación de casos en reuniones clínicas semanales para la confección de Planes de Cuidados Integrales.
2. Evaluación en dupla psicosocial para usuarios que presentan compromiso biopsicosocial severo.
3. Realizar intervenciones psicosociales grupales de acuerdo diagnósticos de mayor prevalencia.
4. Mantener las consultorías psiquiátricas e incorporar una consultoría mensual de salud mental de especialidad.
5. Coordinación con dispositivos de salud, intersector y red local.
6. Coordinación con los Centros de salud en relación a referencia y contra referencia de usuarios.
7. Participación en instancia de coordinación, gestión y priorización de casos en unidad de cuidados intensivos en psiquiatría Adulto- Adulto Mayor de nivel terciario.

#### **Actividades**

1. Consultas de salud mental, psicoterapia individual y grupal, intervenciones psicosociales grupales.
2. Reuniones clínicas semanales de equipo: para elaboración de Plan de Cuidado Integral (PCI) y seguimiento casos.
3. Revisión y coordinación de las acciones del PCI en espacios protegidos.

4. Reuniones de coordinación con dispositivos de salud, intersector y red local
5. Autocapacitaciones semestrales.

#### **Indicadores**

1.  $\frac{\text{Nº de usuarios bajo control que cuentan con Plan de Cuidados Integrales}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
2.  $\frac{\text{Nº de usuarios de la población bajo control recibe alta terapéutica}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
3.  $\frac{\text{Nº Usuarios de la población bajo control con exámenes preventivos vigentes}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
4.  $\frac{\text{Nº consultorías realizadas de salud mental especializada}}{\text{Nº consultorías programadas}} \times 100$
5.  $\frac{\text{Nº de usuarios bajo control reciben intervenciones familiares}}{\text{Total de usuarios bajo control}} \times 100$

#### **Atención a personas adultas y adultas mayores con consumo abuso y dependencia de alcohol y/o drogas.**

##### **Objetivo Específicos**

1. Brindar atención a usuarios, a través del diseño de planes de Cuidados Integrales.
2. Promover la participación de familiares en los procesos de tratamiento, a fin de favorecer la estabilización, mantención y mejoría integral.
3. Conocer la situación de salud física de las personas en tratamiento de salud mental, con la finalidad de abordar integralmente, problemas de salud que pudiesen generar multimorbilidad.
4. Realizar coordinación, supervisión, evaluación de casos clínicos y acompañamiento a equipo consultante para la continuidad de cuidados de los usuarios.

##### **Metas**

1. 40 % de los usuarios bajo control poseen Plan de cuidados integrales
2. Alcanzar un 10% las altas terapéuticas
3. 60% de las personas bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes
4. Ejecutar 50 intervenciones psicosociales grupales y/o psicoterapias grupales en el año con participación de la familia de los usuarios
5. Realizar a lo menos una consultoría en salud mental de especialidad mensual por CESFAM.

## Estrategias

1. Ejecutar planes ambulatorios intensivos población general y población específica mujeres.
2. Participación en reuniones de redes locales y/o mesas temáticas.
3. Reuniones clínicas semanales de equipo: para elaboración de PCI, seguimiento casos y altas terapéuticas.
4. Incorporar una consultoría mensual de salud mental de especialidad.
5. Aplicar EMPA - EMPAM en horario vespertino.
6. Coordinación con los Centros de salud en relación a referencia y contra referencia de usuarios.

## Actividades

1. Consultas de salud mental, psicoterapia individual y grupal, intervenciones psicosociales grupales.
2. Revisión y coordinación de las acciones del PCI en espacios protegidos.
3. Capacitaciones y autocapacitaciones.
4. Reuniones de coordinación con dispositivos de salud, intersector y red local.
5. Reunión de consultorías en salud mental especializadas.

## Indicadores

1.  $\frac{\text{Nº de usuarios bajo control que cuentan con Plan de Cuidados Integrales}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
2.  $\frac{\text{Nº de usuarios de la población bajo control recibe alta terapéutica}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
3.  $\frac{\text{Nº Usuarios de la población bajo control con exámenes preventivos vigentes}}{\text{Total usuarios bajo control}} \times 100$
4.  $\frac{\text{Nº de sesiones grupales realizadas con participación de la familia}}{\text{Total programado}} \times 100$
5.  $\frac{\text{Nº consultorías realizadas de salud mental especializada}}{\text{Nº consultorías programadas}} \times 100$

## **Atención a personas en situación de discapacidad psíquica e intelectual**

### **Objetivos específicos:**

1. Entregar herramientas a usuarios y familiares que permitan generar procesos de inclusión social y rehabilitación socio comunitaria.
2. Mantener adherencia y continuidad de cuidados de los usuarios, a través de la elaboración de planes de cuidados integrales.
3. Favorecer la participación activa de los familiares y/o figuras significativas en los procesos de rehabilitación psicosocial.
4. Conocer la situación de salud de las personas en tratamiento con la finalidad de abordar integralmente resultados alterados, de manera de prevenir la multimorbilidad.

### **Metas**

1. 40% de las personas bajo control cuentan con planes de cuidado integral.
2. 60% de las personas bajo control mantienen exámenes preventivos vigentes.
3. 30% de los usuarios bajo control reciben intervenciones familiares
4. 70 % de los usuarios bajo control se mantienen en intervenciones de Rehabilitación psicosocial

### **Estrategias**

1. Ejecutar planes de rehabilitación tipo 1.
2. Elaboración y presentación de casos en reuniones clínicas para la confección de Planes de Cuidados Integrales.
3. Realizar seguimiento continuo a usuarios y familia, para favorecer adherencia a intervenciones psicosociales grupales.

### **Actividades**

1. Consultas de salud mental, psicoterapia individual y grupal, intervenciones psicosociales grupales.
2. Reuniones clínicas semanales de equipo: para elaboración de PCI y seguimiento casos.
3. Participación en reuniones de comité de ingreso a hogares protegidos en SSMS.

4. Revisión y coordinación de las acciones del PCI en espacios protegidos.

#### **Indicadores**

1. Nº de usuarios bajo control que cuentan con Plan de Cuidados Integrales X 100  
Total usuarios bajo control
2. Nº Usuarios de la población bajo control con exámenes preventivos vigentes X 100  
Total usuarios bajo control
3. Nº de usuarios bajo control reciben intervenciones familiares X 100  
Total usuarios bajo control
4. Nº de usuarios con intervenciones de rehabilitación psicosocial x 100  
Total de usuarios bajo control

## 8.8 PLANIFICACIÓN ATENCIÓN CENTRO COMUNITARIO REHABILITACION 2020

### Línea de acción: Resolutividad y cobertura

Propuesta	Actividades	Meta	Indicador
Mejorar la resolutividad de derivaciones médicas a Kinesiología y Terapia Ocupacional de RBC	Realización de una reunión informativa a los funcionarios de CESFAM y/o comunidad sobre las patologías pertinentes de ser atendidas en RBC según las Orientaciones Programáticas del MINSAL y protocolos de derivación.	<b>META 80%</b> Participación de dupla RBC en al menos 3 reuniones con equipo de su CESFAM correspondiente y/o difusión en sala de espera de cualquier centro de salud de la comuna sobre estrategia RBC	$\frac{\text{Nº reuniones y/o actividades en que participó la dupla RBC}}{\text{X100}}$ 3 reuniones trimestrales programadas
	Reforzar la estrategia de atención a través de talleres grupales para la disminución de lista de espera por esta patologías musculo esqueléticas	<b>META 80%</b> Realización de 12 talleres anuales de 10 sesiones por cada dupla RBC	$\frac{\text{Nº de talleres realizados x100}}{\text{12 Talleres de patologías musculo esqueléticas programados anualmente}}$

	Mantener la prioridad de atención existente a usuarios con patologías neurológicas y amputaciones de todo ciclo vital	<p><b>META 80%</b></p> <p>Lograr que las personas derivadas con Interconsulta (IC) médica por patología neurológica y/o amputación sean atendidas por dupla K-TO de cada CESFAM oportunamente</p>	<p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ personas con daño neurológico y/o amputadas ingresadas a tratamiento RBC dentro del mes}}{\text{X 100}}</math></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ personas con deterioro asociado a déficit neuromuscular y/o amputadas derivadas por médico del CESFAM con su respectiva interconsulta pertinente de ser atendida en RBC}}{\text{X 100}}</math></p>
	Prevenir riesgo de amputación de pacientes con pie diabético	<p><b>META 70%</b></p> <p>Lograr que al menos el 70% de los usuarios derivados por Diagnostico de Pie diabético en curación avanzada con IC médica reciban evaluación integral RBC</p>	<p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con pie diabético con evaluación de profesional RBC}}{\text{x100}}</math></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con pie diabético con curación avanzada derivadas a RBC con IC médica de CESFAM}}{\text{X 100}}</math></p>
		<p><b>META 80%</b></p> <p>Lograr que los usuarios derivados con IC Medica desde CESFAM sean atendidos oportunamente</p>	<p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios ingresados a RBC Infanto-juvenil}}{\text{x100}}</math></p> <p><math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ usuarios derivados con IC medica pertinente a RBC}}{\text{X 100}}</math></p>



PROPUESTA	ACTIVIDADES	Meta	Indicador
Mejorar vinculo del Centro Comunitario de Rehabilitación con la comunidad	Reuniones educativas sobre la estrategia de rehabilitación comunal, apoyo a organizaciones en formalización y presentación de proyectos. Orientaciones de inscripción de registro nacional de discapacidad para obtener personalidad jurídica y para así acceder a beneficios sociales. Estimulación funcional del Adulto Mayor, sexualidad en personas con discapacidad	<b>META 100%</b> Lograr que las duplas RBC participen al menos 2 talleres semestrales de 3 sesiones con agrupaciones de personas con discapacidad, adultos mayores, padres y niños con discapacidad y/o juntas vecinales	Nº de talleres realizados <u>X100</u> 2 talleres semestrales con agrupaciones comunitarias

**Línea de acción: Favorecer la inclusión y participación social de las personas con discapacidad**

Propuesta	Actividades	Meta	Indicador
-----------	-------------	------	-----------

<p>Fomento de la inclusión y participación de las personas con discapacidad de la comuna</p>	<p>Creación de talleres inclusivos en CCR y potenciar los ya existentes.</p> <p>Vincular a los usuarios de CCR con Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes para continuidad de sus atenciones e inclusión comunitaria</p>	<p><b>META 10%</b></p> <p>Lograr que al menos un 10% de las personas que egresadas por alta favorable de su tratamiento en RBC se incorporen a alguna de las actividades inclusivas de CCR y/o Programa MAS</p>	<p>Nº de personas que ingresan a actividades inclusivas de CCR, Programa MAS y/o talleres municipales x100</p> <hr/> <p>Nº de personas con alta favorable a su tratamiento en RBC</p>
<p>Conocer el desempeño funcional de las personas secuelas neurológicas en sus AVD y establecer vínculo con red municipal para la entrega de oportunidades</p>	<p>Visitas domiciliarias integrales</p>	<p><b>META 80%</b></p> <p>Lograr que al menos un 80% de los usuarios ingresados con diagnóstico asociado a ACV, Parkinson, TEC, Lesión medular, Disrrafia, amputación reciban Visita Domiciliaria Integral en RBC</p>	<p>Nº de usuarios ingresados con VDI en RBC X 100</p> <hr/> <p>Nº de usuarios ingresados a tratamiento en RBC por patologías neurológicas</p>

## 8.9 PLANIFICACION ATENCION INTEGRAL COMUNA SALUDABLE 2020

### Desafíos Unidad Técnica Comuna Saludable

- Desarrollo de Convenio de Colaboración entre la Dirección de Salud Municipal y DIDECO que permitirá fortalecer y establecer líneas de trabajo relacionadas con la “Estrategia Eje Promocional Preventivo” mandatada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Implementación de Programa “Sedentarismo Cero”, que será ejecutada en conjunto a la Unidad Técnica Comuna Saludable, el Departamento de Deportes y el Departamento de Salud, con miras al incremento y ordenamiento de la oferta municipal en actividad física, la coordinación de evaluación física de beneficiarios y la ejecución de estrategias en educación de estilos de vida saludable.
- Desarrollo de plan de acompañamiento específico con los establecimientos educativos de la comuna en coordinación con los equipos del ciclo infantil de los centros de salud de la comuna.

#### **Desafíos Programa Salud Escolar**

- Ejecución de Plan de trabajo coordinado con Centros de Salud relacionadas con la redistribución de establecimientos educativos ante la inauguración del CESFAM Lo Valledor.
- Establecer Flujogramas de derivación y seguimiento de usuarios entre los 5 a los 9 años junto a los Centros de Salud.

#### **Desafíos Programa Elige Vida Sana**

- Ejecución de Plan Anual Elige Vida Sana 2020
- Desarrollar Plan de monitoreo y seguimiento de usuarios que participan del Gimnasio Comuna Saludable que son derivados por los profesionales de los centros de salud de la comuna.
- Desarrollar Plan de trabajo y seguimiento con los encargados de cada ciclo vital del en relación a indicadores de salud de relevancia para el departamento de salud comunal.

#### **Desafíos Programa Más Adultos Mayores autovalentes**

- Ejecución de Plan Anual Más Adultos Mayores Autovalentes 2020
- Desarrollar Plan de trabajo con el Departamento de Adulto Mayor Municipal, definiendo estrategias de intervención, hitos comunales a ejecutar y acompañamiento de organizaciones sociales que mantengan continuidad de la atención.

- Coordinación con el departamento de deportes comunal que permitirá dar continuidad de prestaciones dirigidas a adultos mayores que egresen del programa más adultos mayores autovalentes.

### Desafíos Promoción de Salud

El objetivo para Promoción de salud para el año 2020 es disminuir los entornos físicos, sociales poco saludables, que limitan el acceso a alimentación saludable y el acceso a la práctica regular de actividad física, a través de intervenciones costo efectivas basadas en la evidencia, potenciando políticas locales saludables e instalación de equipamiento e infraestructura y recuperación de espacios públicos para la vida saludable.

Entorno a intervenir	Ejes temáticos	Población objetivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunal</li> <li>• Educacional</li> <li>• Laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación saludable</li> <li>• Actividad física y movimiento</li> <li>• Vida al aire libre y contacto con la naturaleza</li> <li>• Vida en Familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclo infantil</li> <li>• Ciclo adolescente</li> <li>• Ciclo Adulto</li> <li>• Ciclo Adulto Mayor</li> </ul>

Las actividades propuestas son:

Resultado Esperado	Actividad	Lugar de ejecución
Disminución de la normalización de hábitos no saludables	Conversatorios Promoción de la Salud	Centro de salud/ unidades vecinales/ establecimientos Educativos
Adecuada infraestructura para la venta de alimentos saludables o deteriorada (Puntos feria, carritos, ferias libres, kioscos, huertos comunitarios y escolares, verdulerías, otros mercados, etc.)	Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de kioscos y casinos escolares Apoyo y creación de Huertos / Invernaderos Comunitarios Implementación de Huertos / Invernaderos escolares Bebederos en plazas saludables y patios de Establecimientos Educativos. Elaboración de plan de mejora para Establecimientos Educativos	Establecimientos educativos/ plazas de la comuna/unidades vecinales/ centros de salud
Alto conocimiento de alternativas de alimentos saludables de bajo costo	Escuela de salud para líderes comunitarios Taller de alimentación saludable ( CARROS DE FERIA)	Ferias libres / unidades

	Capacitación a comunidad en preparaciones innovadoras, modernas y atractivas utilizando legumbres.	territoriales
Oferta ajustada a las necesidades de grupos específicos	Instalación de recreos y pausas activas, facilitando implementación deportiva y personal especializado en coordinación con la Dirección de Educación Municipal. Talleres educativos sobre los beneficios de la actividad física en niños, niñas y adolescentes, dirigidos a padres, en las reuniones de padres y apoderados de las escuelas. Talleres extra programáticos recreativos y deportivos con foco de inclusión. Escuela de Verano Saludable	Establecimientos Educativos /Jardines infantiles / Gimnasio Comuna Saludable
Suficientes gestores comunitarios capacitados en temáticas de actividad física y vida libre del humo del tabaco	Eventos deportivos comunales, como celebración de hitos locales, con participación activa del intersector.	Eventos Comunales
Entorno que apoya a la lactancia materna	Instalación de salas de lactancia materna. Campaña comunicacional de apoyo a la lactancia materna	Centros de salud / espacios comunales
Suficiente regulación de venta de alimentos altos en nutrientes críticos	Implementación de Programa de colaciones saludables para establecimientos educacionales	Establecimientos Educativos
Gestión del Plan	Aplicación anual de encuesta de entornos y hábitos saludables	Nivel Comunal

### Desafíos Participación Social en Salud

Construir procesos participativos con la comunidad a través de las diferentes instancias de encuentro y diálogo con los Consejos de desarrollo Local, Mesas Territoriales, Consejos Consultivos en Salud, organizaciones en los territorios, que permitan el diálogo en torno a decisiones relevante de los Centros de Salud, y la influencia de ésta en la planificación, gestión y evaluación de los mismos.

Dando énfasis a las siguientes estrategias en el trabajo conjunto:

Objetivos	Actividades
Instalar en los equipos de los Centros de Salud rol de la participación social en los procesos de planificación y toma de decisiones.	Capacitación en Gestión Participativa con enfoque de género y migración Elaboración de Plan de Participación Participativos Profundizar el conocimiento del Territorio, condicionantes y Habitantes.
Generar/vincular nuevos espacios y formas de participar para captar a grupos ausentes en los centros de Salud	Formar a los equipos de salud para la conducción de procesos y metodologías participativas.
Difundir información masiva y permanente aprovechando los medios más eficientes y las nuevas tecnologías	Difundir soportes gráficos de información y educación Optimizar el uso de Redes Sociales como medio informativo y educativo.

### Desafíos Programa Migrantes

Para el año 2020 los desafíos para los programas de interculturalidad y migración son el poder integrarse operativamente a los programas de salud por ciclos vitales y transversales, dentro de los Centros de Salud Familiar de la comuna, estableciendo líneas de acción concretas que den continuidad al trabajo durante el año 2020.

Además se necesita incorporar el enfoque de género en ambos programas y fortalecer los componentes de salud mental que siguen siendo un desafío especialmente para la población migrante.

Se precisa continuar y fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud promoviendo una participación activa de la comunidad, en base a las necesidades percibidas por ellos en sus territorios.

Interculturalidad (PESPI)	Migración
<b>Equidad</b>	<b>Difusión de deberes y derechos para población migrante</b>
<b>Interculturalidad</b>	<b>Acceso y calidad de la atención</b>
<b>Participación</b>	<b>Participación Social</b>
	<b>Interculturalidad</b>
	<b>Promoción y prevención</b>

## 8.10 GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

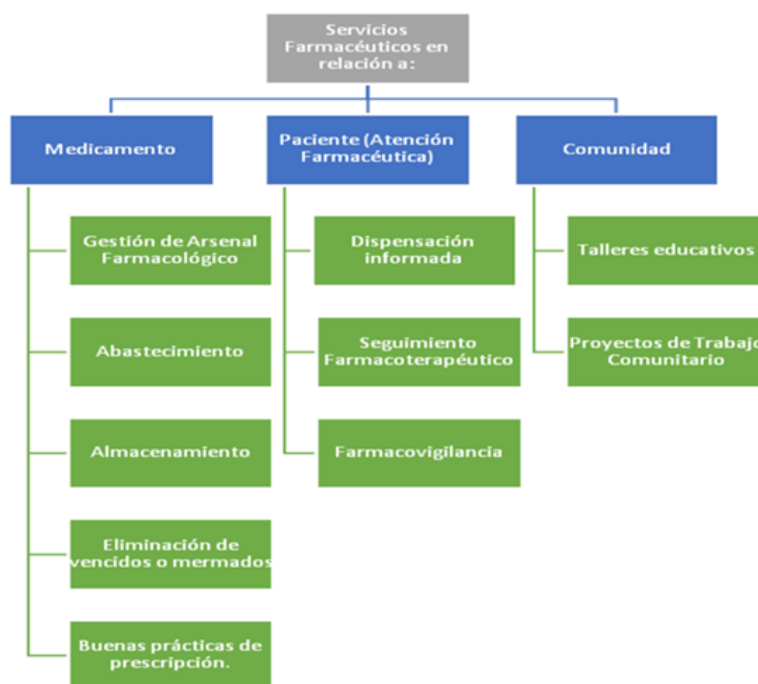
Los medicamentos constituyen uno de los recursos terapéuticos más utilizados en estos tiempos, a pesar de esto, el acceso a los mismos y su utilización, así como los resultados que proporcionan, deben ser mejorados. Hoy en día, las farmacias y botiquines orientan sus

actividades principalmente hacia el producto, esto es, el medicamento. Ocupándose mayoritariamente de la dispensación de éstos.

Esta realidad debe ser modificada en el marco de los Servicios Farmacéuticos (SF) definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

*“Conjunto de acciones en el sistema de salud que buscan garantizar la atención integral, integrada y continua a las necesidades y problemas de la salud de la población tanto individual como colectiva, teniendo el medicamento como uno de los elementos esenciales, y contribuyendo a su acceso equitativo y su uso racional. Estas acciones, desarrolladas por el farmacéutico —o bajo su coordinación— incorporado a un equipo de salud y con la participación comunitaria, tienen como objetivo la obtención de resultados concretos en salud con vistas a la mejora de la calidad de vida de la población.”<sup>19</sup>*

El Químico Farmacéutico debe insertarse en el equipo de salud con una serie de actividades, las que pueden clasificarse dependiendo si se centran en la gestión de medicamentos, en la atención a usuarios, o en el trabajo con la comunidad, de acuerdo con el siguiente esquema<sup>20</sup>:



### SERVICIOS FARMACÉUTICOS CENTRADOS EN EL MEDICAMENTO

Es el conjunto de actividades que permiten garantizar el acceso a medicamentos que sean seguros, de calidad y con probada eficacia terapéutica.

#### Gestión del Arsenal Farmacoterapéutico

<sup>19</sup> OPS/OMS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. 2013.

<sup>20</sup> Colegio de Químicos Farmacéuticos de Chile AG. “GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS DESARROLLADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD” 2017

El principal objetivo del Comité de Farmacia y Terapéutica local y comunal (CFT), es analizar las problemáticas y estrategias relacionadas con el uso racional de fármacos, teniendo como objetivo la calidad para garantizar la atención de los usuarios, en el marco de los recursos disponibles. Ello implica contar con un arsenal farmacológico y de insumos que cumpla con las prestaciones que se entregan en APS y analizar de forma constante el uso de cada componente de este arsenal.

Además, el CFT es el organismo técnico responsable de estandarizar los procesos y lineamiento a nivel comunal, en temas de prescripciones, dispensación, el manejo de fármacos y seguimiento.

Incorporó al Químico Farmacéutico de Farmacia Popular a las reuniones del CFT, para aportar su mirada de las necesidades de la población en esta unidad y, dar las alertas pertinentes al uso seguro de fármacos y a la derivación desde los centros de Salud hacia la compra en la farmacia comunal.

- **Abastecimiento, almacenamiento y eliminación de vencimientos, Droguería comunal.**

La autorización sanitaria de funcionamiento emitida por ISP para la droguería comunal en marzo de este año 2019 y permitió cumplir con uno de los compromisos adquiridos en beneficio de los vecinos de la comuna. En mayo de 2019, esta unidad inició sus funciones que incluyen desde la gestión de compra hasta el despacho. La droguería cuenta con una base de información completa y actualizada del consumo de fármacos e insumos a nivel comunal, lo cual ayuda a la gestión de la programación y adquisición, previniendo así, quiebres de stock y disminución de mermas.

Cada una de las actividades desarrolladas en la unidad busca garantizar la seguridad y calidad de los productos que abastecemos a nuestros centros de Salud mediante la aplicación de prácticas de almacenamiento (BPA) y de dispensación (BPD)

Para abastecer a los centros de Salud, la Droguería Comunal gestiona el abastecimiento, almacenamiento y distribución de 462 artículos, correspondientes a 243 fármacos y 219 insumos. Utiliza herramientas de abastecimiento como: Intermediación de CENABAST, Licitación, Convenio Marco y Convenio de Suministros. Alcanzando un porcentaje de cumplimiento de distribución del 98% hacia los CESFAM.

- **Buenas prácticas de prescripción**

Desde 2018 se ha trabajado en el uso seguro de medicamentos por medio de la restricción de uso de medicamentos con efectos adversos tales como: *Tramadol*, *Celecoxib*, *Quetiapina* y medicamentos sujetos a control legal. La metodología consiste en la revisión de uso por la población, los diagnósticos asociados y el aumento excesivo de consumo por sobre los usos estadísticos; se revisaron las guías clínicas correspondientes y se elaboraron y aplicaron restricciones acordes a los lineamientos entregados por la autoridad pertinente, a fin de garantizar el uso seguro de medicamentos.

### **Desafíos 2020**

- Se propone continuar con la revisión de medicamentos utilizando las reuniones de Comité Farmacoterapéutico para realizar levantamiento de las observaciones realizadas y emitir lineamientos comunales en forma oportuna.



- Para dar continuidad al trabajo realizado y promover las buenas prácticas de prescripción, el Químico Farmacéutico participará en diversas instancias al interior del centro de salud, como reuniones con el equipo de Salud Mental, Programas de Salud Cardiovascular, GES.
- Además, se realizarán revisiones de recetas emitidas desde los centros de salud dispensadas en la Farmacia Popular con el fin de retroalimentar al Comité Farmacoterapéutico Comunal, de las prácticas detectadas y promover el uso de medicamentos disponibles en el Arsenal Farmacoterapéutico, mejorando el trabajo en red.

## **SERVICIOS FARMACÉUTICOS CENTRADOS EN EL PACIENTE: ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

Actualmente se entiende la Atención Farmacéutica (AF) como la “provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de conseguir resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes”<sup>21</sup>.

- Dispensación informada

De acuerdo a lo recogido en los talleres de planificación, un aspecto a mejorar para **2020** es el de la dispensación, en especial con al alto porcentaje de personas extranjeras que no hablan nuestro idioma, o personas con algún grado analfabetismo por desuso, como se presentó en el capítulo de caracterización de la comuna.

La entrega informada de los medicamentos es parte de las actividades del Químico Farmacéutico, aclarar dudas con respecto al objetivo terapéutico de los fármacos, el seguimiento de una posología, o la utilización de una forma farmacéutica desconocida para un usuario, a través de una atención enmarcada en el respeto al usuario, que contemple sus características personales en cuanto a capacidades especiales y distintos perfiles culturales y educacionales.

También realizar conciliación de la terapia farmacológica en cuanto a la pertinencia (Ej.: restricciones por canastas), la presentación del medicamento que está disponible en el arsenal, y la armonización con los tratamientos farmacológicos que ya tiene indicados en APS, para evitar doble dispensación, errores de medicación o interacciones de relevancia clínica.

Para lograr este cometido, cada centro de salud contará al menos con 22 horas de Químico Farmacéutico, de las cuales destinará 11 horas para realizar la dispensación en un contexto de salud familiar, donde podrá además identificar pacientes y familias que requieren seguimiento y atención especial, por lo que constituye un espacio de derivación a controles, estudios de familia, ingresos a programa de pacientes crónicos y otros.

Incluye capacitar al personal de farmacia en la entrega de información, en prácticas seguras de trabajo y detectar necesidades a trabajar con el equipo prescriptor, en cuanto a lo clínico, lo legal y lo administrativo.

Se propone destinar 6 horas semanales de trabajo para realizar educación al paciente y el correspondiente registro en ficha clínica. En este tiempo asignado, se proyecta atender de 12 a

---

<sup>21</sup> Charles D Hepler. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. Pharmacotherapy 2004; 24:1491–8

15 pacientes semanales; las 5 horas restantes se destinarán a identificar las necesidades de capacitación de los funcionarios, realizar estas y supervisar el trabajo administrativo de los colaboradores.

La Farmacia Popular, también incorpora estas actividades de dispensación, ajustándolas a la realidad y a las funciones propias de esta unidad. Por esto, se considera importante incluirlos en el programa de capacitación comunal relacionado con las tareas del área de farmacia, así como capacitar personal que permita reemplazo de los funcionarios en esta unidad.

- **Seguimiento Farmacoterapéutico**

El grupo objetivo, son personas mayores con multimorbilidad, de mayor complejidad, descompensadas, que presentan polifarmacia. Se define polifarmacia como el uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea, que puede llevar a baja adherencia al tratamiento a mayor riesgo de interacciones y reacciones adversa a medicamentos (RAM)<sup>22</sup>. Para el seguimiento Farmacoterapéutico a realizar en los establecimientos de Salud se priorizarán aquellos pacientes que utilicen **5 o más medicamentos en las recetas despachadas** por la unidad de farmacia correspondiente.

Para identificar la población objetivo se utilizó la información del sistema informático de los centros de salud:

NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS CRÓNICAS CON 5 O MÁS PRESCRIPCIONES			
Personas	A. Neghme	P. Dubois	E. Enríquez
Con patología crónica	8.038	7.404	6.303
Con patología crónica y 5 o más prescripciones	1.899	2.441	1.687
Porcentaje	24%	33%	27%

Elaboración propia con base de datos RAYEN

En base a esta información y, considerando que la población inscrita adulta mayor es de un 15%, el número de pacientes a ingresar en el Programa de Atención Farmacéutica por CESFAM es:

N° DE PERSONAS EN PROGRAMA ATENCIÓN FARMACEUTICA 2020			
	A. Neghme	P. Dubois	E. Enríquez
Personas	285	366	253

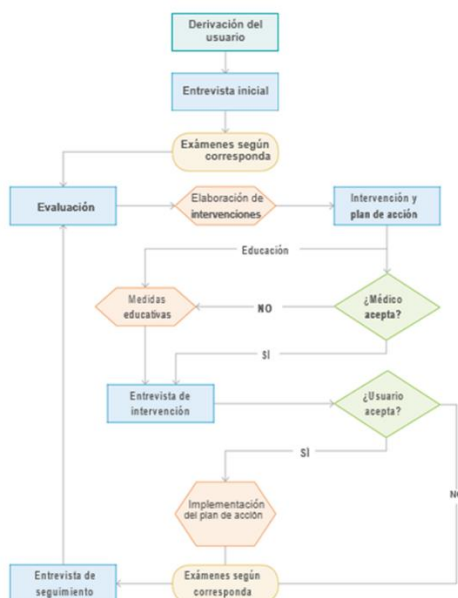
<sup>22</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Depto. De Gestión de los Cuidados de APS "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles" (FOFAR) 2019.

Para trabajar con esta población se asignarán 11 horas semanales de profesional Químico Farmacéutico por Centro de Salud, las cuales se distribuirán según las sesiones requeridas para la atención de los pacientes.

Las sesiones pueden realizarse tanto al interior de los centros de salud como en los domicilios de los usuarios, en los casos que existan problemas de movilidad o que se requiera trabajar con los cuidadores y la familia en su contexto.

A modo de resumen, se puede dividir el seguimiento en 2 fases principales:

- a) Fases de contacto con el usuario: corresponde a sesiones de entrevistas iniciales y de seguimiento con los pacientes, dispondrá de 6 horas a la semana para esta actividad, con un rendimiento de 40 minutos por sesión inicial y 20 minutos de rendimiento para intervención y seguimiento
  - Entrevista inicial o ingreso.
  - Entrevista de intervención.
  - Entrevista de seguimiento.
  
- b) Fases de evaluación y contacto con el equipo de salud: corresponde a horas destinadas al trabajo multidisciplinario con el equipo de salud, dispondrá de 5 horas semanales para esta actividad. Este tiempo considera reuniones clínicas, intervención con los sectores, notificación de reacción adversa, revisión y actualización de ficha clínica.
  - Fase de evaluación.
  - Fase de intervención y plan de acción.



Manual de Seguimiento Fármaco Terapéutico en Usuarios Ambulatorios. MINSAL 2019

De acuerdo con los requerimientos del Centro de salud será posible ingresar pacientes con criterios de inclusión distintos a los definidos.

En el caso de pacientes que se atiendan en Farmacia Popular, se propone utilizar los criterios señalados anteriormente e identificar pacientes con multimorbilidad y polifarmacia que se atiendan en esta unidad, con el objetivo de detectar y prevenir posibles Problemas

Relacionados con Medicamentos y realizar las intervenciones pertinentes y derivaciones a sus respectivos centros de salud.

- **Farmacovigilancia**

La sospecha de una reacción adversa a medicamentos (RAM) origina una serie de consecuencias que pueden incluir la prescripción de otro medicamento para tratar la RAM, dando origen a la llamada cascada de prescripción, así como a la interrupción justificada o errónea de un medicamento que es necesario, o a la falta de tratamiento de otra patología de base que pudiera originar realmente la molestia y que no ha sido diagnosticada aún, debido a que el usuario atribuye el malestar a un medicamento que no está realmente relacionado. La evaluación de las sospechas de RAM por un Químico Farmacéutico constituye entonces una actividad que permite resolver un problema de salud, que puede tener origen o no en un medicamento, a través de la corroboración de la relación temporal y la evaluación de causalidad y de gravedad, para lo cual pudiera ser necesario una solicitud de exámenes o una evaluación adicional por otro profesional.

En aquellos pacientes que son atendidos en Farmacia Popular también se realizará y ejecutará un plan de Farmacovigilancia manteniendo el indicador y meta propuesta.

Indicador	Meta
<u>Número de notificaciones enviadas a ISP</u> x 100	100%
Número de reacciones adversas detectadas y registradas en ficha	

## **SERVICIOS FARMACÉUTICOS CENTRADOS EN LA COMUNIDAD**

Los servicios farmacéuticos centrados en el usuario deben tener en consideración al individuo y su entorno, como miembro de la comunidad, con un enfoque integral de las necesidades de éste.

- Talleres educativos relacionados con uso seguro de fármacos; educación respecto a los medicamentos de mayor uso detectados en la farmacia popular, que considere los posibles efectos adversos que conlleva el uso prolongado sin supervisión médica de estos medicamentos; uso correcto de formas farmacéuticas especiales y el almacenamiento de medicamentos entre otros temas que surjan en el desarrollo de estos talleres.
- Proyectos de trabajo comunitario: para promover el conocimiento de necesidades farmacológicas e identificar aquellos usuarios que han logrado compensar sus patologías, potenciando los cambios en sus estilos de vida que permita formar líderes comunitarios que apoyen colaborativamente la educación desde su experiencia.

Por otra parte, la farmacia popular está a la espera de su traslado que le permita ampliar la cartera de servicios que ofrece incorporando a su arsenal alimentos de uso médico, insumos y autorización de fraccionamiento que permita abaratar los costos de los medicamentos disponibles actualmente; esto en respuesta a las necesidades manifestadas por la comunidad.

## DESEMPEÑO Y CARGA LABORAL

Para conocer la carga laboral, hay que remitirse a las recomendaciones existentes en la literatura:

- Auxiliar paramédico de farmacia, en la proporción de 1:200 prescripciones diarias<sup>23</sup>
- un puesto de trabajo permite preparar alrededor de 80 recetas o 250 prescripciones en una jornada de trabajo de 8 horas diarias en tareas de dispensación<sup>24</sup>

Al revisar las prescripciones despachadas en los últimos seis años, se observa una tendencia a la baja en la comuna, que es más marcada en el CESFAM Padre Pierre Dubois, pero que en promedio ha tenido la mayor cantidad de prescripciones en el periodo analizado.

TOTAL DE PRESCRIPCIONES DESPACHADAS PEDRO AGUIRRE CERDA 2014 - 2019						
CESFAM	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
A. Neghme	267.269	235.133	392.504	228.120	227.746	239.593
P. Dubois	376.394	376.202	276.247	267.347	247.294	224.700
E. Enríquez	253.343	279.321	294.000	184.960	172.503	159.209
Total	897.006	890.656	962.751	680.427	647.543	643.502

\*datos hasta Sept. (Proyección a diciembre)

Elaboración propia con datos extraídos de REM y RAYEN

En cuanto al número de recetas despachadas en el periodo 2014 – 2019, si bien hay una baja a partir del año 2017, esta obedece a una estrategia de otorgar recetas por un periodo más largo de tiempo, para reducir el número de veces que el usuario debe concurrir al botiquín de su CESFAM.

Destaca la cercanía de las cifras de los despachos efectuados entre los botiquines del CESFAM Dr. Amador Neghme y CESFAM Padre Pierre Dubois, pese a las diferencias en el tamaño de la población a cargo.

TOTAL DE RECETAS DESPACHADAS PEDRO AGUIRRE CERDA 2014 - 2019						
CESFAM	2014	2015	2016	2017	2018	2019*

<sup>23</sup> MINSAL, Guía de organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en Hospitales del S.N.S.S. 1999

<sup>24</sup> MINSAL. Guía de planificación y diseño Unidad de Farmacia. 1999

A. Neghme	140.668	156.755	196.252	86.909	87.695	92.821
P. Dubois	144.767	144.693	145.393	78.679	84.722	90.077
E. Enríquez	110.149	107.431	147.000	74.239	62.397	55.316
Total	395.584	408.879	488.645	239.827	234.814	238.214

\*datos hasta Sept. (Proyección a diciembre)

Elaboración propia con datos extraídos de REM y RAYEN

El número de funcionarios asignados por botiquín y horario de funcionamiento a septiembre de 2019 se resume en el siguiente cuadro.

CESFAM	TENS horario diurno	TENS horario vespertino	TENS horario Urgencia
A. Neghme	5	1	
P. Dubois	5	1	1
E. Enríquez	4	1	1

Elaboración Departamento de Salud, 2019

De acuerdo con los lineamientos indicados por la autoridad y en consideración a los datos obtenidos, los cuales se muestran en tablas anteriores, la mayor parte de los centros se encuentra una brecha que incluye aspectos estructurales de la unidad, en cuanto a capacidad física para incorporar más técnicos. Esta situación afecta las atenciones diarias realizadas por los TENS. Esta falencia se acentúa ante las ausencias del personal, por lo que el Químico Farmacéutico en situaciones ocasionales se verá en la obligación de apoyar las distintas funciones del personal.

## **IX PLAN DE CAPACITACION 2020**

En nuestro país, de acuerdo a Ley N° 19.518, se entiende por capacitación al proceso destinado a promover, facilitar, fomentar y desarrollar el conocimiento, aptitudes y habilidades de los trabajadores, con el propósito de prepararlos para enfrentar oportunidades de mercado y de incrementar la productividad nacional, procurando la necesaria adaptación de los trabajadores a los procesos tecnológicos y a las modificaciones estructurales de la economía. En tanto, el Estatuto de Atención Primaria, en su Artículo 38º: “Define que para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos”.

El plan de capacitación se trabajó con la comisión comunal de capacitación, la cual consideró por un lado la información recolectada en la encuesta virtual dirigida a los funcionarios de todos los Centros de Salud, que fue respondida por 160 funcionarios, un 33% del total, y por otro lado los requerimientos que surgieron en la Jornada de evaluación y planificación del plan de salud 2020, en que participó el equipo directivo, los Jefe de Sector y los Encargados de programas transversales.

Al consolidar los datos de las encuestas respondida por 160 funcionarios, se observa que los principales temas que concitan mayor interés y atención son: Salud Familiar y Comunitaria; Salud Mental en el curso de vida; Reanimación Cardiopulmonar (RCP); Actualización en competencia técnica de acuerdo a su puesto de trabajo; Gestión en áreas de administración y recurso humano; Buen Trato y Programas computacionales.

En tanto de la Jornada de Evaluación y Elaboración del plan de Salud surgieron en orden de prioridad los siguientes temas:

1. Intercambio de experiencias exitosas comunales a través de una Jornada de Buenas Prácticas (8)
2. Competencias en pesquisa de problemas en Salud Mental (6)
3. Humanización de la atención y buen trato (6)
4. Medicinas complementarias (4)
5. Herramientas de análisis estadístico (EpiInfo) (2)
6. Sexualidad en adolescentes (1)
7. Control Sano del adolescente desde una perspectiva integral (1)
8. Herramientas para el abordaje de la multimorbilidad para médicos (1)
9. Lactancia Materna exitosa (1)

Del espacio de capacitación comunal y la necesidad de evaluar el impacto de algunas capacitaciones que se han incorporado sistemáticamente en los últimos Planes Anuales de Actividades (PAC), se realizará un programa que evalúe la transferencia de competencias en el puesto de trabajo para medir los cambios de comportamiento en el mismo y su aplicabilidad en el tiempo buscando la metodología adecuada para ello. La medición de transferencia es un tipo de evaluación que mide el grado en que los conocimientos, las habilidades y actitudes aprendidos en la capacitación, han sido transferidos a un mejor desempeño.

Además en este plan y considerando la formación de recurso humano a través de diplomados en las temáticas de los derechos sexuales y reproductivos y salud familiar, se realizarán cursos en estas áreas de modo de ir, en el caso de salud familiar, cerrando brechas entre el personal con años de antigüedad y los que se han ido incorporando, en tanto en el tema de la sexualidad y derechos, el objetivo es instalar herramientas y conocimiento, que contribuya eliminar barreras de acceso a la población que demanda atención en esta área.

## 9.1 ACCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN

- a) Fijación de Políticas.
- b) Determinación de Objetivos.
- c) Programa general del Plan.

Fijación de Políticas

Marco regulador

La fijación de políticas de capacitación tiene relación con el reglamento de la carrera funcionaria de la Ley N° 19.378 que rige el estatuto de Atención Primaria en Salud municipal, de manera que nuestro Plan comunal tiene como referencia el marco regulatorio de dicha Ley, así como el reglamento comunal de capacitación<sup>2526</sup>. Además, a partir del año 2009 según modificación de los decretos N° 1.889 de 1995 y N° 47 de 2007, ambos del Ministerio de Salud, se incorporan a la carrera funcionaria los funcionarios de los Departamentos de Salud, según normas para la adecuada aplicación del art. 3º transitorio de la Ley N° 20.250. Por defecto, los funcionarios traspasados reciben el derecho a capacitación mencionado en la Ley N° 19.378.

Políticas internas.

Para la definición, seguimiento y evaluación de políticas de capacitación comunal existirá una Unidad de Capacitación conformada por un coordinador comunal y un representante de cada uno de los Centros de Salud.

Respecto del financiamiento, los cursos del Plan tendrán las siguientes modalidades:

- Invitación de MINSAL y/o SS a cursos presenciales y/o virtuales
- Financiamiento Municipal
- Convenio con Servicio de Salud para la realización de cursos de gestión local.
- Autogestión local
- Convenio con Universidades e Institutos Técnicos

---

<sup>25</sup> [https://docs.google.com/document/d/1QR9O8T1KBYhrwCCTgyhMxMSM53r0\\_5s7UR2R4qBSOds/edit](https://docs.google.com/document/d/1QR9O8T1KBYhrwCCTgyhMxMSM53r0_5s7UR2R4qBSOds/edit)



Las necesidades de capacitación se enmarcarán en tres grandes áreas:

**Necesidad de capacitación técnica:** Referida a aquella capacitación en el ámbito de salud que es de necesidad para todas las categorías del personal estipuladas en la Ley de Atención Primaria en Salud.

**Necesidad de capacitación humanista:** Orientada a desarrollar o potenciar habilidades y competencias del ámbito personal que mejore el nivel cultural del trabajador, que favorezca el cambio de actitudes para el buen desempeño laboral, potencie favorablemente las relaciones interpersonales con el usuario y compañeros de trabajo, y que promueva procesos de liderazgo.

**Necesidad de capacitación de mayor especificidad de los equipos:** Referida a aquellas capacitaciones o actualizaciones requeridas por los equipos de profesionales y técnicos que son de su exclusivo ámbito de competencia y especificidad.

a) Determinación de Objetivos del plan

Objetivos generales.

Desarrollar un proceso formativo del recurso humano que permita mejorar los procesos clínicos, técnicos y administrativos de los funcionarios de la Atención Primaria través de la implementación del Programa Anual de Capacitación

Objetivos específicos.

1. Promover la solución de los problemas técnicos y administrativos que surgen en los Centros de Salud.
2. Desarrollar habilidades y competencias que mejoren la calidad de la atención clínica y administrativa entregada en los centros de salud.
3. Fortalecer habilidades y competencias técnicas en el marco del Modelo de Salud Familiar
4. Potenciar habilidades y competencias que faciliten una atención de calidad y buen trato al usuario.
5. Incorporar temáticas relacionadas a las transformaciones sociales, económicas y culturales del usuario del sistema.
6. Promover el intercambio de buenas prácticas entre los Centros de Salud como instancia de aprendizaje sobre un mejor "hacer".
7. Evaluar la transferencia de las capacitaciones.

Metas

1. Ejecutar el 100% del PAC local de cursos de gestión local.
2. 85% de los funcionarios de salud reciben al menos una capacitación anual con las horas mínimas para su carrera funcionaria según categoría.
3. Realizar una jornada comunal sobre "buenas prácticas para mejorar la atención en salud"

4. Realizar la evaluación de competencias, habilidades y actitudes en las personas que participen del curso de “Buen trato al usuario” en los CESFAM para evaluar la transferencia en su desempeño laboral.

b) Programa general del Plan.

Para definir las prioridades de capacitación en el Plan local, se han considerado los lineamientos estratégicos como marco general, los requerimientos realizados por los equipos de los 5 centros de la comuna en una jornada de evaluación y planificación y los resultados de la encuesta digital a los trabajadores.

#### Planificación local

Este año la programación contemplará la realización de cursos y talleres que estarán dirigidos al desarrollo de habilidades y destrezas en los temas prioritarios definidos por los equipos y que responden a los ejes estratégicos de las orientaciones del Servicio de Salud.

Los Ejes Estratégicos priorizados para 2020 son:

1. Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad
2. Hábitos de vida
3. Curso de Vida
4. Equidad y salud en todas las políticas.
5. Medio Ambiente
6. Institucionalidad en salud
7. Calidad de la atención
8. Emergencias, desastres y epidemias

Es importante señalar que el énfasis seguirá estando en los pilares estratégicos de nuestra planificación: integralidad y continuidad del cuidado , vale decir fortalecer el modelo de salud familiar y comunitaria, calidad y seguridad del paciente y en el trato humanizado a la población que acude y consulta en los Centros de Salud.

## 9.2 PLAN DE ACTIVIDADES DE CAPACITACION (PAC)

ACTIVIDADES DE CAPACITACION	A (Médicos, Odont,	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios)	TOTAL
Curso Salud Mental Comunitaria	5	10	10				25
Curso Reanimación Cardiovascular básico		30	30				60
Reanimación Cardiopulmonar Avanzado	6	6					12
Curso multimorbilidad en población crónica	8	12	5				25
Curso Urgencias medicas en odontología y traumatismo dento alveolar	10						10
Curso en Consejería en estilo de vida saludable		15	15				30
Curso Promoción de la lactancia Materna	5	20	20		15	20	80
Taller integrando los derechos sexuales y reproductivos en APS			60				60
Sexualidad en el Ciclo de Vida	5	25					30
Curso Atención integral del Adolescente	5	15	10				30
Curso Fragilidad y demencia en el Adulto Mayor	6	15	4				25
Curso suicidabilidad	6	12					18
Curso Enfoque de genero en salud y violencia	4	12	12		6		34
Curso Salud Familiar Básico		12	8		4	6	30
Curso Slud Familiar Intermedio	4	12	12				28
Curso de Excel básico e intermedio		10	10		10		30
Curso Actualización de patologías GES	6	12	12				30
Curso Gestión de RRHH en APS municipal		6	9		3		18
Curso El Servicio de Bienestar en el contexto de un moderno Sistema de RR LL		7	8	0	5		20
Taller Epi Info	4	16					20
Curso Buen Trato		12	18	6	12	12	60
Taller Farmacovigilancia y polireceta	4	10	5				19
Curso Calidad y Seguridad de la Atención	4	12	12	6	4	6	44
Curso Calidad y Acreditación	4	12	12	6	4	6	44
Higienización, Aseo y Bioseguridad						25	25
	86	293	272	18	63	75	807

La programación de las actividades de capacitación contempla 807 cupos, si bien esto es más que la dotación, la idea es que cada funcionario pueda participar de 40 horas pedagógicas y eso en algunos casos no se logra con un curso. La tasa de cupos por dotación es de 1,6 cupos/persona.

Es importante mencionar que las actividades de formación y capacitación del recurso humano para 2020 contempla la oferta local consignada en la tabla anterior, además de los cursos y diplomados que desde el Servicio de Salud se desarrollarán durante el año 2020, ya sean presenciales o en plataformas para cursos en líneas; sin embargo la información de éstos aún no está disponible.

El énfasis de los cursos otorgados por Servicio de Salud, responde a las prioridades de salud y al quehacer técnico del personal para cumplir con orientaciones, protocolos y normas técnicas.

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

La gestión del Servicio de Bienestar APS-PAC se orienta al logro del mejoramiento continuo de las condiciones de vida, el desarrollo y perfeccionamiento socio-económico de sus afiliados y de sus cargas familiares, mediante la implementación de estrategias socio-laborales que cubren a la mayoría de los funcionarios de la comuna. Actualmente el 96% de la dotación indefinida y a plazo fijo pertenecen al Servicio de Bienestar APS-PAC, por lo que se puede señalar que cubre a casi todos los funcionarios de salud municipalizada de la comuna.

Dentro de su gestión 2019 cabe destacar los siguientes programas:

### PROGRAMA EXCELENCIA ACADEMICA

Consiste en la entrega de un bono para prestaciones educacionales tanto para los afiliados como sus cargas familiares. Durante el año 2019, 72 afiliados y cargas familiares obtuvieron la distinción y accedieron al pago del Bono, correspondiendo al 13% de los afiliados.

### BENEFICIOS PRÉSTAMOS DE AUXILIO

El artículo 38 del reglamento del Servicio de Bienestar, establece la aprobación de préstamos de auxilio en favor de los afiliados, la forma y monto para acceder se funda en el plan anual de beneficio. Durante este periodo 122 afiliados han solicitado este beneficio, lo que representa un 21% de total de afiliados.

### BENEFICIOS REEMBOLSO DE SALUD

El Servicio de Bienestar reembolsa los gastos de salud a sus afiliados y cargas familiares, hasta un tope que se fija anualmente. A la fecha un 55% de los afiliados han usado este beneficio.

### BENEFICIOS FACULTATIVOS TRANSITORIOS

Si la disponibilidad de fondos lo permite, Bienestar puede establecer beneficios facultativos cuya característica principal es su transitoriedad.

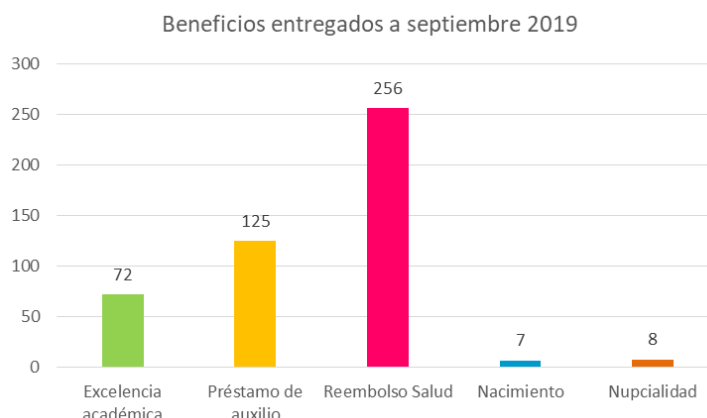
- Bono de Cumpleaños: es un beneficio económico facultativo, establecido por acuerdo del Comité de Bienestar y se otorga a todos los afiliados independiente de su fecha de ingreso.
- Bono Solidario Marzo: durante el mes de marzo del año 2019 por un monto de \$50.000 para cada afiliado, mediante su cargo durante el mismo mes, en las cuentas bancarias reconocidas para el pago de remuneraciones y con los controles procedimentales que la norma exige al Servicio de Bienestar.
- Bono invierno: durante el año 2019 se entregó 3 cargas de gas licuado de 15 kilos cada una, a 433 afiliados que cumplían con los requisitos establecidos.

- Bono Final de año: Beneficio Económico de igual valor para todos, de libre disponibilidad y por un monto no inferior al del año anterior, es decir igual o superior a \$90.000.-

#### BENEFICIOS TRADUCIDOS EN BONOS REGLAMENTARIOS

En el Artículo N°36 del Reglamento se establece la entrega de beneficios traducidos en Bonos.

- Bono de Nacimiento: durante el año 2019, se han entregado 7 bonos por este concepto, beneficiando a un 2 % de los afiliados.
- Bono de Nupcialidad: durante el año 2019, se han entregado 8 Bonos por este concepto, con una cobertura del 2 % de los afiliados.



Fuente: Servicio de Bienestar 2019

#### CONVENIOS

A los convenios vigentes, este año se han sumado convenios con nuevas empresas:

- AGOSIN: Convenio que consiste en la entrega a concesión de entradas rebajadas a mitad del precio referencial en presentaciones artísticas, musicales y otros, realizadas generalmente en el Centro Cultural Mapocho.
- GYMNASIO LATMAFIT: A partir del segundo semestre del año 2019, los afiliados puedan acceder a un plan preferencial al valor de un plan básico. A la fecha 23 afiliados y 9 cargas familiares han utilizado este convenio.

OTRAS PRESTACIONES: entradas rebajadas al cine.

#### **PLANIFICACIÓN SERVICIO DE BIENESTAR APS-PAC 2020**

##### **EL PLAN ANUAL OPERATIVO DE BENEFICIOS**

El Comité de Bienestar instancia administradora de esta funcional modalidad de organización, anualmente establece los tipos de beneficios, las características, los porcentajes, los valores y toques de ítems a los cuales tendrán acceso las y los trabajadores y sus cargas familiares, todo lo cual, queda sujeto a las modificaciones que el propio Comité de Bienestar estime necesario en conformidad a la disponibilidad presupuestaria existente al momento del acuerdo.

##### **BENEFICIOS REGLAMENTARIOS:**

### 1.- LAS AYUDAS ECONOMICAS:

Bono por Nacimiento de Hijo reconocido como carga familiar;

Bono de Nupcialidad:

Bono por Acuerdo de Unión Civil:

Bono de Estímulo Escolar: Básica; E. Media; E. Superior

Bono por Defunción:

**2.- LAS AYUDAS SOCIALES PROPIAMENTE TALES:** se entregan sin perjuicio del otorgamiento de la prestación de salud correspondiente, cuando fueran originadas por una enfermedad y previo visto bueno del Comité de Bienestar.

### 3- LOS PRÉSTAMOS DE AUXILIO

- Libre Disposición: hasta un máximo de \$100.000
- Auxilio Social: por un monto mayor a \$100.000

**4.- LOS REEMBOLSO POR GASTOS INCURRIDOS EN ATENCIÓN DE SALUD:** Cada afiliado tiene derecho a percibir un Beneficio Económico por este concepto.

### TABLA DE PORCENTAJES DE REEMBOLSO POR GASTOS EN SALUD

CONSULTAS MEDICAS	60%
EXAMENES DE LABORATORIO	50%
EXAMENES HISTOPATOLÓGICOS	50%
EXAMENES IMAGENOLOGÍCOS	50%
HOSPITALIZACIÓN	50%
INTERVENCION QUIRÚRGICA	50%
TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS	50%
PROTESIS Y ORTESIS	40%
MEDICAMENTOS	100%
ATENCION ODONTOLOGICA	40%
TRASLADO DE ENFERMOS	10%

### BENEFICIOS FACULTATIVOS TRANSITORIOS

Al igual que en el caso de los Beneficios reglamentarios el Comité de Bienestar en sesión extraordinaria convocada para el efecto, conforme a las facultades que le confiere el Reglamento y a la disponibilidad de recursos proveniente del Fondo Solidario y el Fondo de Excedentes establece excepcionalmente Beneficios Facultativos cuya principal característica es su transitoriedad.

#### 1.- BONO DE CUMPLEAÑOS

#### 2.- BONO SOLIDARIO MARZO

#### 3.- BONO INVIERNO:

#### **4.- BONO DE AYUDA AL PRESUPUESTO FAMILIAR (BONO DE FINAL DE AÑO)**

##### **CONVENIOS VIGENTES**

Durante el año 2020 se mantiene los siguientes convenios de años anteriores y se espera aumentar convenios que apunten a una mejor calidad de vida del afiliado y no Convenios que permiten aumentar el sobreendeudamiento de los afiliados.

- **AGOSIN:**
- **GYMNASIO LATMAFIT:**
- **ENTRADAS REBAJADAS AL CINE.**

##### **ACTIVIDADES NUEVAS**

El Servicio de Bienestar en conjunto con el Comité de Bienestar, se encuentra desarrollando una encuesta de satisfacción que permita indagar en las necesidades y requerimientos de los afiliados.

## 11.-ANEXOS

### 11.1 GLOSARIO

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



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

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

## 11.2 METAS SANITARIAS

### METAS SANITARIAS Corte Septiembre 2019

METAS SANITARIAS SEPTIEMBRE 2019		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
1. Recuperación del Desarrollo Psicomotor	Nº de niños/as de 12 a 23 meses con riesgo del DSM recuperados	20	91%	15	71%	18	62%	53	74%
META POR CESFAM 90%	Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM	22		21		29		72	
2. Cobertura de PAPANICOLAU	Nº Mujeres de 25 a 64 años con examen de PAP vigente	6161	67%	4229	52%	6568	59%	16958	59%
META :PPD:5050 , EEF:4800, AN:6500	Nº Mujeres de 25 a 64 años inscritas en la comuna	9222		8193		11166		28581	
3a. Cobertura en Alta Odontológica Total a los 12 años	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	182	57%	233	74%	296	66%	711	66%
META COMUNAL = 75%	Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos	317		313		447		1.077	
3b. Cobertura de Alta Odontológica Total en Embarazadas	Nº total de embarazadas con alta odontológica total	196	76%	102	58%	210	72%	508	70%
META COMUNAL = 68%	Nº total de embarazadas ingresadas a control maternal	259		177		292		728	
3c. Cobertura de Alta Odontológica Total en niños de 6 años	Nº niños de 6 años con alta odontológica total	183	55%	207	72%	306	59%	696	61%
META COMUNAL 79 %	Nº de niños de 6 años inscritos.	332		286		521		1.139	
4. Cobertura efectiva en DM II en personas de 15 y mas años.	Nº de diabéticos de 15 y más años con Hb glicosilada < 7mg/dl	893	30%	938	29%	1061	23%	2892	27%
META COMUNAL = AN 28 % , PPD 30 % y EEF 28%	Total de personas diabéticas de 15 y mas años estimadas según prevalencia	2982		3229		4558		10769	
5. Cobertura efectiva en HTA en personas de 15 años y mas.	Nº de hipertensos BC de 15 y más años con PA < 140/90	2705	48%	2715	43%	3738	46%	9158	45%
META COMUNAL AN 40,5 % , EEF 51%,PPD 48 %	Total de hipertensos de 15 y más años estimados según prevalencia	5662		6303		8199		20164	
6. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL 6 ° MES DE VIDA	Nº niños que al 6° mes de vida estan con lactancia materna exclusiva	143	58%	81	57%	120	53%	344	56%
META COMUNAL : AN 52% PPD 48 % EEF 52%	Nº niños con control al 6 °mes	248		142		227		617	
7. Consejos de Desarrollo funcionando (con plan ejecutado y evaluado a dic 2019).	CDL con plan ejecutado y evaluado								
META 100% de los CDL con plan ejecutado y evaluado									
8. Evaluación anual del pie en personas diabéticas bajo control de 15 y más años	Nº de diabéticos de 15 y más años con evaluación de pié efectuada	1606	89%	1339	80%	2175	93%	5120	88%
META POR CESFAM = 90%	Total de personas diabéticas de 15 y mas años bajo control.	1789		1672		2350		5811	

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

### METAS IAAPS Corte Septiembre 2019

Meta Minsal: 25% ; Meta comunal 17 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
6a. Cobertura examen medicina preventiva hombres y mujeres de 20 a 64 años	Nº de EMPA realizados hombres y mujeres de 20 – 64 años	2.575	16%	2.413	16%	3.908	18%	8.896	15%
	Nº población inscrita de 20 – 64 años ( menos PBC.PCV)	16.284		15.161		22.310		57.809	
Meta Minsal: 55% , Meta Comunal 49,2%		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
6b. Cobertura examen medicina preventiva adultos de 65 y mas años.	Nº de EMPAM VIGENTES realizados poblacion mayor 65 años	1.301	36%	1.476	32%	2.614	42%	5.372	35%
	Nº población inscrita mayores 65 años	3.608		4.631		6.170		15.401	
Meta Minsal 95 % - Comunal : 95,67 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
7. Cobertura de Evaluación del desarrollo psicomotor en niños de 12 a 23 meses bajo control	Nº de niños de 12 a 23 meses con Evaluación del desarrollo psicomotor	282	71%	148	69%	287	80%	717	74%
	Nº de niños de 12 a 23 meses bajo control	397		215		359		971	
Meta Minsal: 18% - Comunal : 20,25%		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
8. Cobertura del control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	Nº de controles de salud integral realizados a ADO de 10 a 14 años	227	16%	327	21%	415	20%	969	18%
	Poblacion ADO de 10 a 14 inscrita en el establecimiento de salud.	1.437		1.528		2.127		5.407	
Meta Minsal 21 % - Comunal : 24,62 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
9. Cobertura de Alta Odontológica total en 7 a menos de 20 años	Nº de personas 7 a 19 años con Alta Odontológica total	1.216	28%	1.189	26%	1.516	24%	3.921	26%
	Nº de personas 7 a 19 años inscritas	4.312		4.649		6.295		15.256	
Meta Minsal: 17% - Comunal 24 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
10. Cobertura de atencion integral de trastornos mentales en personas de de 5 y mas años	Nº de personas con trastornos mentales BC de 5 años y mas.	1.488	25%	1.661	29%	3.511	42%	6.660	31%
	Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia	5.960		5.773		8.356		21.445	
Meta Minsal y Comunal 100%		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
11.Cumplimiento GES en APS	Numero de GES en APS cumplidas								100%
	Numero de Ges Creadas								

Meta Minsal: 80% Meta Comunal 80%		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
12. Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso.	Nº de personas inscritas de los grupos objetivos vacunados con antiinfluenza							29.289	101%
	Total de población inscrita de los grupos objetivos							28.862	
Meta Minsal 90% y Comunal 90,20 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
13. Ingreso precoz a control de embarazo	Nº de ingresos a control Embarazo <14 semanas de EG	263	91%	157	89%	275	94%	695	92%
	Nº total de ingresos a control prenatal	290		177		292		759	
Meta Minsal: 25% Meta Comunal : 20,32%		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
14. Cobertura de metodo anticonceptivo s en ADO de 15 a 19 años inscritos que usan metodo de regulación de fecundidad.	Nº de ADO de 15 a 19 años inscritos que usan metodos de regulación de fecundidad.	322	20%	229	12%	455	19%	1.006	16%
	Nº total de ADO de 15 a 19 años inscritos.	1.586		1.918		2.440		6.404	
Meta Minsal: 30%-Meta Comunal 29 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
15. Cobertura efectiva de Tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y mas años	Nº de personas con DM tipo 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con DM de 80 años y mas con HbA1c bajo 8%segun ultimo control vigente.	844	29%	929	29%	1.189	28%	2.962	27%
	Total de personas con Diabetes tipo 2 en personas de 15 y más años esperados según prevalencia.	2.943		3.018		4.286		10.947	
Meta Minsal: 54% Meta Comunal : 47 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
16. Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y mas años con HTA.	Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA menor a 140/90 + Nº de personas hipertensas de 80 años y mas con PA menor de 150/90 segun ultimo control vigente	2.634	48%	2.658	45%	3.689	45%	8.981	43%
	Total de personas de 15 años y mas con HTA esperados según prevalencia.	5.524		5.899		8.275		21.046	

Meta Minsal: 60 % Comunal :67,82 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
17. Proporción de niños y niñas menores de 3 años libres de caries en población inscrita	Nº de niños y niñas menores de 3 años sin caries	531	78%	290	50%	601	60%	1.422	57%
	Total de niños y niñas inscritos menores de 3 años.	678		582		1.010		2.477	

Meta Minsal: 60 % Comunal :59,8 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
18. Proporción de niños y niñas menores de 6 años con estado Nutricional Normal	Nº de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal	1.170	70%	727	51%	1.378	62%	3.275	57%
	Total de niños y niñas inscritos menores de 6 años inscritos	1.677		1.429		2.212		5.743	

**INDICE DE ACTIVIDAD DE LA APS- IAAPS 2019 PEDRO AGUIRRE CERDA**

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

<b>Meta :</b> Aumentar el número de centros autoevaluados el 2018	<b>COMUNAL</b>		
<b>1. Ambito RISS, modelo asistencial: porcentaje de centros con autoevaluación MAIS vigente</b>	N°centros con autoevaluación mediante instrumento MAIS	4	100%
	Total de centros de la comuna	4	

Meta Minsal y Comunal : 100 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
<b>2. Ambito RISS.Organización y Gestión: Continuidad de la Atención</b>	N°de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 PM de lunes a viernes y sabados de 9:00 AM a 13:00 PM	1	100%	1	100%	1	100%	3	100%
	N° total de establecimientos visitados	1		1		1		3	
	N°de farmacos trazadores disponibles	15		15		15		15	
	N° total de farmacos trazadores visitados	15	100%	15	100%	15	100%	15	100%

**SECCIÓN N°2 DE PRODUCCIÓN**

Meta Minsal tasa 1,2 y Comunal:1,2		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
<b>3.Tasa de consultas de morbilidad y de controles medicos por inscrito año.</b>	N° de consultas de morbilidad y controles realizados por medicos	34.270	1,2	25.396	0,9	40.589	1,0	100.205	1,0
	N° población inscrita.	28.484		27.384		39.857		102.256	

Meta Minsal >= 90 % y Comunal: 92 %		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
<b>4.Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS</b>	N° de SIC de control y consulta medica en APS -N° de SIC de control y consultas	32.865	96%	24.042	95%	38.367	95%	95.274	95%
	N°total de controles y consultas medicas realizadas	34.270		25.396		40.539		100.205	

Meta Minsal: 0,22 meta comunal 0,29		P. PIERRE DUBOIS		E. ENRIQUEZ F.		A.NEGHME		TOTAL	
<b>5. Tasa de Visita Domiciliaria Integral</b>	N° visitas domiciliarias integrales realizadas	2.177	0,25	1.303	0,16	2.343	0,19	5.623	0,18
	N° de familias (población inscrita /3.3 )	8.632		8.298		12.078		30.987	